

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem
Médico-Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa

Relatório de Estágio

A promoção do cuidado de Si
à pessoa idosa com dor irruptiva:
Intervenção de enfermagem numa unidade dor

Maria Dulce Calhau Guerreiro

Lisboa
2016



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem
Médico-Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa

Relatório de Estágio


A promoção do cuidado de Si
à pessoa idosa com dor irruptiva:
Intervenção de enfermagem numa unidade dor

Maria Dulce Calhau Guerreiro

Orientador: Professora Doutora Idalina Gomes

Lisboa
2016

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



AGRADECIMENTOS

Ao Paulo

Pelo seu amor incondicional

À Rita e ao Pedro

Pelo que deixei de brincar convosco

Aos meus pais

Por serem os meus alicerces

À Professora Doutora Idalina Gomes

Pela disponibilidade e sapiência na orientação deste percurso

À Madalena e à Patrícia

Pelo humor, companheirismo e amizade

Às Enfermeiras Madalena, Filomena, Teresa e Helena

Pelo apoio e motivação

**A todos os que contribuíram direta ou indiretamente
para a concretização deste trabalho**

A ti, **Lurdes**. Sei que te orgulharias de mim....

Lista de Siglas e/ou Abreviaturas

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção-Geral da Saúde

ECCL - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EONS- *European Oncology Nursing Society*

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

IASP - *Association International for the Study of Pain*

INE - Instituto Nacional de Estatística

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

UCC - Unidade Cuidados na Comunidade

UD - Unidade de Dor

UIDE- Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem

RESUMO

A dor crónica é um problema comum nas pessoas idosas, causando grande impacto na sua qualidade de vida (DGS,2010). A pessoa idosa com dor crónica pode, simultaneamente, sofrer exacerbações transitórias de dor, apesar de medicada com terapêutica analgésica (Portenoy & Hagen,1990; Portela, 2003). O controlo da dor irruptiva apresenta-se como um desafio para a pessoa idosa que vivência a situação, assim como para as enfermeiras. Deste modo, desenvolvemos um projeto de estágio com a finalidade de desenvolver competências de enfermeira especialista e mestre na área da pessoa idosa, nomeadamente à pessoa idosa com dor irruptiva visando a promoção do cuidado de Si. A metodologia escolhida foi o trabalho de projeto, o estágio foi realizado numa unidade de dor e em contexto domiciliário. O modelo teórico de enfermagem norteador do projeto foi o modelo de parceria de Gomes (2013), visando a prática de cuidados em parceria com a pessoa idosa com dor irruptiva na promoção do cuidado de Si. Após análise dos registos de enfermagem e das narrativas das enfermeiras, foi verificada a necessidade de um melhor conhecimento da pessoa idosa com dor irruptiva na unidade de dor, para se conseguir trabalhar em parceria com a mesma e promover o cuidado de Si. Assim, foi reformulada a folha de registos de acordo com o modelo de parceria. Os resultados revelaram uma tendência de mudança e evolução dos registos, demonstrando uma prática de cuidados centrados na pessoa idosa com dor irruptiva e em parceria, para a promoção do cuidado de Si. A garantia da continuidade dos cuidados é promovida por registos mais individualizados nomeadamente nos seguintes aspetos: a história de dor da pessoa idosa através da sua caracterização, e os conhecimentos que a pessoa detém sobre o seu regime medicamentoso.

O percurso realizado promoveu o desenvolvimento de competências como enfermeira especialista na área da intervenção à pessoa idosa, e desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem para os cuidados à pessoa idosa/família na promoção do Cuidado de Si à pessoa idosa com dor irruptiva.

Palavras-chave: pessoa idosa; dor irruptiva; parceria; intervenção de enfermagem; promoção do Cuidado de Si

ABSTRACT

Chronic pain is a common problem with the elderly, causing great impact on their quality of life (DGS, 2010). The elderly people with chronic pain can simultaneously undergo transitory exacerbation of pain, despite treated with analgesic therapy (Portenoy & Hagen, 1990; Portela, 2003). Control of breakthrough pain presents itself as a challenge to the elder who experience the situation, as well as nurses. Thus, we developed a training project in order to expand expert and master nurse skills with the elderly, particularly the elderly with breakthrough pain for the promotion of self-care. The methodology chosen was project based, and the training was performed in a pain unit and home context. The nursing theoretical model guiding the project was Gomes partnership (2013), to the care practice based in partnership with the Elder with breakthrough pain in promoting self-care. After nursing records analysis, there was evidence of need for a better knowledge of the elder with breakthrough pain in the pain unit to be able to work in partnership with them and promote self-care. So the record sheet was re-developed according to the partnership model. The results showed a trend of change and evolution of records, representing a care-centered practice with the elderly with breakthrough pain and partnership to promote self-care. Ensuring continuity of care is promoted by individualized records particularly in the following factors: a history of pain of the elderly through their characterization, and the knowledge that the person has about their medication regimen.

The undertaken project promoted the development of skills as a specialist nurse in the area of intervention for the elderly, and developing skills in the nursing staff to care for the elderly / family in promoting self-care for the elderly with breakthrough pain.

Keywords: elderly; breakthrough pain; partnership; nursing intervention; promotion of self-care

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	155
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	20
1.1. Envelhecimento e dor crónica.....	20
1.2. Dor irruptiva e pessoa idosa	21
1.3 O processo de parceria como promotor do cuidado de Si à pessoa idosa com dor irruptiva.....	25
2. METODOLOGIA E IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO.....	28
2.1. Metodologia de Projeto.....	28
2.2. Caracterização dos Contextos de Estágio.....	29
2.3. Considerações Éticas.....	30
2.4. Descrição das atividades realizadas, resultados obtidos e aprendizagens adquiridas.....	31
2.4.1 - Fase de Diagnóstico.....	32
2.4.2 - Fase de Implementação.....	50
2.4.3 - Fase de Avaliação	58
3. REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS, LIMITAÇÕES DO PROJETO E CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA.....	61
3.1. Limitações do projeto.....	63
3.2. Contributos para a prática.....	64
CONCLUSÃO.....	65
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	67
ANEXOS	
ANEXO 1 – Folha de Consulta Telefónica / Presencial	
APÊNDICES	
APÊNDICE I – Revisão Sistemática da Literatura	
APÊNDICE II – Reflexão sobre 6º Encontro das Unidades Dor	
APÊNDICE III – Reflexões de Reuniões Tutoriais	
APÊNDICE IV - Relatório Final de Estágio em Cuidados de Saúde Primários	

APÊNDICE V – Instrumentos mobilizados na Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa

APÊNDICE VI – Estudo de caso em Cuidados de Saúde Primários

APÊNDICE VII – Sessão de Formação na UCC “Pessoa Idosa com Dor Irruptiva: Intervenção de Enfermagem ”

APÊNDICE VIII – Guião do Processo de Parceria à Pessoa Idosa com Dor Crónica / Irruptiva

APÊNDICE IX – Grelha de Observação dos Registos de Enfermagem

APÊNDICE X – Resultados e análise dos registos de enfermagem na consulta telefónica / presencial (avaliação inicial)

APÊNDICE XI- Enunciado do questionário e das narrativas das enfermeiras

APÊNDICE XII – Corpo do questionário e das narrativas das enfermeiras

APÊNDICE XIII – Análise do questionário e das narrativas das enfermeiras (avaliação inicial)

APÊNDICE XIV – Estudo de caso na Unidade Dor

APÊNDICE XV – Relatório da sessão de formação “A promoção do cuidado de Si à pessoa idosa com dor irruptiva: Intervenção de enfermagem numa Unidade Dor”

APÊNDICE XVI – Sessão de Formação “Pessoa idosa com dor irruptiva: Intervenção de enfermagem”

APÊNDICE XVII - Folha de registo de Consulta Telefónica / Presencial Reformulada

APÊNDICE XVIII - Resultados e análise dos registos de enfermagem na consulta telefónica / presencial (avaliação final)

APÊNDICE XIX - Análise de narrativas das enfermeiras (avaliação final)

INDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Objetivo e atividades desenvolvidos na fase de diagnóstico

Quadro 2 - Objetivo e atividades desenvolvidos na fase de diagnóstico – Cuidados de Saúde Primários

Quadro 3 – Objetivo e atividades desenvolvidos na fase de diagnóstico – Unidade Dor

**Quadro 4 - Objetivo e atividades desenvolvidas na fase de implementação -
Unidade Dor**

**Quadro 5 - Objetivo e atividades desenvolvidas na fase de implementação -
Unidade Dor**

**Quadro 6- Objetivo e atividades desenvolvidos na fase de
avaliação – Unidade Dor**

INTRODUÇÃO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa Idosa e na procura de cuidados de excelência, foi desenvolvido um projeto e realizado um estágio com a **finalidade** de desenvolver competências enquanto enfermeira especialista e mestre no cuidado à pessoa idosa, nomeadamente na pessoa idosa com dor irruptiva. O presente relatório apresenta o percurso realizado na implementação do projeto de estágio que se designou “ A promoção do cuidado de Si na pessoa idosa com dor irruptiva: Intervenção de Enfermagem numa Unidade de Dor”.

A escolha do tema prende-se com o atual problema de envelhecimento da população à escala mundial, e Portugal, seguindo essa mesma tendência, será um dos países da União Europeia com maior percentagem de idosos. Em Portugal, o número de idosos ultrapassou o número de jovens pela primeira vez em 2000, e em 2014 o índice de envelhecimento, que traduz a relação entre o número de idosos e o número de jovens, atingiu os 141 idosos por cada 100 jovens (INE, 2015). O aumento da esperança média de vida nas idades mais avançadas representa um desafio para as políticas de saúde e de proteção social, essencialmente pelo consequente aumento das necessidades de cuidados e serviços de saúde (DGS, 2014).

O envelhecimento faz parte do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o mais tempo possível. No entanto, a nível biológico este processo está associado a uma grande diversidade de danos moleculares e celulares, que com o tempo leva a uma perda progressiva das reservas fisiológicas, um maior risco de contrair doenças e um declínio geral das capacidades físicas e mentais da pessoa (OMS, 2015). Como consequência da progressiva transição demográfica e aumento da longevidade, surge a alta incidência de doenças crónicas e degenerativas na pessoa idosa com consequente dependência e dor (Kayser *et al.*, 2014).

A dor, em especial a dor crónica, é um problema de saúde pública pela sua prevalência e impacto na qualidade de vida da pessoa e familiares, tendo em consideração a definição de dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano real ou potencial de tecidos ou descrita em termos

de tal dano, e passando a ser considerada dor crónica aquela que persiste ou perdura num período de tempo igual ou superior a 3 meses e/ou que persiste para além da cura da lesão que lhe deu origem (IASP, 2006; DGS, 2010). Em Portugal, constata-se que a dor crónica aumenta com a idade, em ambos os sexos, sendo a sua prevalência na população idosa cerca de 20,4 % (Azevedo, Costa-Pereira, Mendonça, Dias & Castro-Lopes, 2012).

A dor crónica mal controlada é uma importante causa de incapacidade funcional, e contribui para a diminuição da mobilidade, diminui a sociabilização, provoca distúrbios do sono, lenta recuperação e consequentemente aumento dos custos de saúde e utilização de recursos. Na população idosa este impacto é sobretudo relevante pois precipita o isolamento social e pode conduzir a sintomas de depressão e um comprometimento cognitivo aumentado (DGS, 2010; Tomas & Javier 2010). A alteração ou perda nestas funções podem interferir com a capacidade da pessoa idosa gerir a sua própria vida ou cuidar de si mesmo, resultando ou agravando as denominadas grandes síndromes geriátricas (Moraes, Marino & Santos, 2010).

A pessoa idosa com dor crónica pode sofrer simultaneamente, exacerbações transitórias de dor, apesar de medicada com terapêutica analgésica. A este quadro, Portenoy & Hagen (1990) propuseram o termo *breakthrough pain*. Pela sua natureza imprevisível e esporádica, torna-se numa dor muito incómoda e desconfortável Portela (2003). Em Portugal, o termo dor irruptiva surge no início do século XXI, numa tentativa de tradução do termo anglo-saxónico *breakthrough pain* (Portela, 2003). Como se pode constatar existem diversas definições não existindo uma universalmente aceite. Para este trabalho considerou-se a definição proposta pela *Science Committee of the Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland*, que descreve a dor irruptiva como uma exacerbação transitória da dor que ocorre quer espontaneamente quer desencadeada por um fator específico (previsível ou imprevisível), apesar do relativamente estável e adequado controlo da dor basal (Davies, Dickman, Reid, Stevens & Zeppetella, 2009).

A dor irruptiva pode ser classificada como espontânea e incidental. A dor espontânea é imprevisível e na incidental é possível identificar o fator que a desencadeou. A dor incidental é denominada de volitiva (ato voluntário, como caminhar), não volitiva (ato involuntário, como tossir) ou associada a procedimentos

(por exemplo, tratamento de feridas) (Davies, 2009; Mercadante, 2015). Como características principais destacam-se o início súbito e inesperado, frequência (entre 1 a 5 episódios), intensidade moderada ou intensa, curta duração (entre 15 a 30 minutos) e atinge o pico de intensidade em minutos (3 a 5 minutos) (Davies, 2009; Caraceni *et al.*, 2013; Mercadante, 2015; Portenoy *et al.*, 2006; Zeppetella, 2011). O seu tratamento deve incluir medidas não farmacológicas e farmacológicas de acordo com a singularidade do doente e etiologia da dor (Bennett *et al.*, 2005; Davies, 2009; Davies *et al.*, 2009). No tratamento farmacológico, a terapêutica de resgate é a estratégia mais comum no tratamento da dor irruptiva, e a sua administração é consoante a necessidade da pessoa, em vez de horas fixas. Idealmente deverá coincidir com o aparecimento e duração da dor irruptiva e portanto deve ter um rápido início de ação e uma duração curta (Bennett *et al.*, 2005; Caraceni *et al.*, 2013; Davies, 2009; Mercadante, 2011, 2015).

A dor irruptiva na pessoa idosa provoca níveis superiores de ansiedade, depressão, diminuição da capacidade física e mental, influencia a capacidade de realizar atividades de vida diárias, resultando numa diminuição da qualidade de vida. Também constitui um grande sofrimento para a pessoa idosa o inadequado controlo da dor irruptiva, provocando um encargo acrescido em termos de custos para a saúde, pela necessidade de recorrentes hospitalizações, maior acompanhamento, aumento do número de consultas e recurso aos serviços de urgência (Burton & Zeppetella, 2011; Caraceni *et al.*, 2013; Davies *et al.*, 2009; Margarit *et al.*, 2012; Portela, 2003; Rustøen *et al.*, 2013; Zeppetella, 2011). O controlo da dor irruptiva é um desafio para a pessoa que vivência a situação e para os profissionais da saúde, em particular para as enfermeiras. Estas assumem como propósito facilitar as transições que a pessoa idosa vivência e que interferem com a sua saúde, promovendo processos de adaptação e prevenindo resultados indesejáveis (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Shumacker, 2000). Como tal, a singularidade da pessoa idosa deve ser valorizada, qualquer que seja a circunstância, procurando promover a sua autonomia através de uma prática de cuidados em parceria entre a enfermeira e a pessoa idosa com dor irruptiva e sua família. A construção do processo de parceria caracteriza-se por cinco fases: revelar -se, envolver-se; capacitar ou possibilitar; comprometer-se; assumir o controlo de Si ou assegurar o cuidado do Outro (Gomes, 2013). A estrutura em que assenta este processo de parceria resulta na construção

de uma ação conjunta, que visa capacitar a pessoa idosa a assumir o cuidado de Si na dor irruptiva.

Para compreender o acontecimento de doença, avaliar a situação da pessoa, fornecer informação e propor soluções para o problema, as enfermeiras devem possuir conhecimentos que possibilitem ajudar e capacitar a pessoa idosa ou seu cuidador familiar no controlo da dor irruptiva, tendo em conta a sua singularidade (Gomes, 2013). No entanto, estudos apontam a falta de formação das enfermeiras sobre dor irruptiva, nomeadamente na sua avaliação e tratamento (Buchanan, Geerling & Davies, 2014; Rustøen et al, 2013). De facto, esta problemática está presente na prática clínica, especificamente à pessoa idosa com dor irruptiva e família, da Unidade de Dor (UD) de um hospital central. Esta condição foi validada no diagnóstico de situação para a elaboração do projeto no serviço descrito, onde trabalho há cerca de 8 anos.

Este relatório surge na sequência do ensino clínico, pretendendo refletir sobre as aprendizagens realizadas e as competências desenvolvidas no percurso como enfermeira especialista¹ na área da enfermagem médico-cirúrgica à pessoa idosa², e de enfermeira mestre³. O estágio decorreu entre 28 de setembro de 2015 e 12 de fevereiro de 2016, em locais distintos. Nos períodos de 28 de setembro e 20 de novembro de 2015 e entre 04 de janeiro de 2016 a 12 de fevereiro de 2016 decorreu numa UD de um hospital central, onde trabalho há cerca de 8 anos, e, no período entre 23 de novembro e 18 de dezembro de 2015 ocorreu na comunidade, numa Equipa Cuidados Continuados Integrados (ECCI) de Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) de Lisboa e Vale do Tejo. O planeamento dos estágios foi previamente elaborado na Unidade Curricular “Opção II”.

¹ Competências comuns enfermeiro especialista definem-se nos domínios da responsabilidade profissional, ético, legal, da melhoria da qualidade, na gestão de cuidados e de desenvolvimento de aprendizagens profissionais (OE, 2011).

² Competências comuns de enfermeiro especialista na área médico-cirúrgica vertente pessoas idosas permitem cuidar das pessoas idosas em situação de doença crónica e crónica agudizada e sua família em contexto intra e extra-hospitalar (ESEL, 2015)

³ Competências de enfermeiro mestre dizem respeito à capacidade de análise sobre o conhecimento que sustentava a prática de enfermagem, nas suas dimensões ética, política, histórica, social e económica, e no desenvolvimento de projetos que promovessem a reflexão, questionamento de práticas e paradigmas de enfermagem e processos de inovação (ESEL, 2014).

A metodologia utilizada foi a metodologia de trabalho de projeto, que se define pela aplicação de conhecimentos teóricos na resolução de um problema identificado numa realidade concreta, um processo dinâmico e flexível, permitindo adaptação e reorganização ao longo da intervenção (Leite & Santos, 2004).

Foram delineados os seguintes **objetivos gerais**: *desenvolver competências como enfermeira mestre e especialista nos cuidados à pessoa idosa/ família, nomeadamente na promoção do Cuidado de Si à pessoa idosa com dor irruptiva; e promover o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem nos cuidados à pessoa idosa/família, nomeadamente na promoção do Cuidado de Si à pessoa idosa com dor irruptiva.*

O trabalho encontra-se estruturado da seguinte forma: **introdução**, na qual se contextualiza o problema, justifica-se a sua relevância e pertinência, assim como, a razão de se assumir como um problema de enfermagem e motivo de intervenção. Segue-se o **enquadramento concetual** que dá a conhecer o estado da arte, cujo objetivo é contextualizar e introduzir o leitor na temática, assim como, os eixos norteadores que sustentam a intervenção de enfermagem à pessoa idosa com dor irruptiva. De seguida é apresentado o **desenvolvimento do projeto** ao longo do estágio, a reflexão sobre as aprendizagens e as atividades realizadas no domínio das competências clínicas e de implementação de um projeto de mudança da prática, bem como, as reflexões efetuadas ao longo do estágio. São também abordadas as limitações do projeto e os contributos para a prática. Por último, a **conclusão**, foca as principais aprendizagens e reflexões decorrentes do caminho percorrido para a aquisição de competências de enfermeira especialista, o resultado da intervenção na equipa e as perspetivas futuras para a melhoria da qualidade dos cuidados.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Neste capítulo são abordados os pilares conceituais norteadores deste relatório: envelhecimento e dor crónica, dor irruptiva e a pessoa idosa, e o modelo de parceria na promoção do cuidado de Si à pessoa idosa com dor irruptiva.

1.1. Envelhecimento e dor crónica

A dor crónica é atualmente um problema de saúde pública, a nível nacional e internacional, devido à repercussão na qualidade de vida das pessoas que a vivenciam, nomeadamente as pessoas idosas. O envelhecimento sendo uma etapa natural do ciclo de vida, inclui alterações biológicas, psicológicas e sociais, tornando as pessoas idosas mais vulneráveis à presença de doenças crónicas e como tal, para o aumento dos sintomas associados, como dor crónica (Arnstein & Herr, 2010; Garcia & Maya, 2015).

Em Portugal, a dor crónica é definida como uma dor contínua ou recorrente, que existe há 3 meses ou mais, ou quando persiste para além do curso normal de uma doença aguda ou da cura da lesão que lhe deu origem (DGS, 2010).

O primeiro estudo epidemiológico da dor crónica realizado a nível nacional revelou que a prevalência de dor crónica nos idosos é de 20,4%, e identificou também fatores e grupos de risco, sendo estes mais propensos a uma maior incapacidade relacionada com a dor, nomeadamente baixos recursos socioeconómicos, aposentadoria, sexo feminino e pessoas idosas (Azevedo *et al.*, 2012).

Estima-se que a dor crónica afeta 50% dos idosos que vivem na comunidade e cerca de 80% daqueles que se encontram institucionalizados em lares (DGS, 2010; Tomas & Javier, 2010). Está frequentemente associada a patologias de alta incidência como, osteoartrose, polineuropatia diabética, nevralgia pós-herpética e cancro. Pode estar igualmente presente nos estádios avançados de algumas doenças crónicas, como insuficiência congestiva cardíaca, doença renal terminal e doença pulmonar obstrutiva crónica (DGS, 2010; Kopf, 2010; Reid, Eccleston & Pillemer, 2015).

A dor crónica tem um impacto na vida da pessoa idosa muito para além do sofrimento que lhe causa, nomeadamente, depressão, diminuição da socialização e capacidade funcional, perturbações do sono e da marcha, síndrome da imobilidade, maior consumo de serviços de saúde e aumento dos custos, aumento do risco de polimedicação e interações medicamentosas (Arnstein & Herr, 2010; DGS, 2010; Herr & Garand, 2001; Tomas & Javier, 2010; Reid, Eccleston & Pillemer, 2015).

O impacto negativo na qualidade de vida da pessoa idosa pode ser prevenido através de uma avaliação e gestão adequada da dor. A correta avaliação da dor pressupõe que a enfermeira possua conhecimentos sobre a fisiologia do envelhecimento, sobre os instrumentos de avaliação de dor validados, e as apresentações de dor comuns nos idosos (Davies *et al.*, 2009; Denny & Guido, 2012). Estes conhecimentos contribuem para o desenvolvimento de competências na avaliação e distinção entre dor basal não controlada com exacerbações transitórias de dor e, dor basal controlada com episódios de dor irruptiva. Esta distinção é fundamental para a adequada otimização e gestão do regime terapêutico (Davies *et al.*, 2009; EONS, 2013; Herr & Garand, 2001; Wengström, Geerling & Rustøen, 2014).

1.2. Dor irruptiva e pessoa idosa

Dor irruptiva é a tradução mais conhecida do termo inglês *breakthrough pain* (Caseiro, 2002; Portela, 2003). O termo *breakthrough (breaks through)* pretende significar algo que rompe ou que se realça para além da coisa (Caseiro, 2002). A primeira definição surge em 1990, proposta por Portenoy & Hagen, sofrendo algumas alterações ao longo do tempo sem contudo, ter sido alcançado consenso quer na definição, quer na própria terminologia (Burton & Zeppetella, 2011; Caraceni *et al.*, 2013; Davies, 2009; Mercadante, 2011, 2015; Webber, Davies & Cowie, 2015). Para este trabalho, por ser a mais consensual na literatura, foi adotada a definição proposta em 2008 pela *Science Committee of the Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland*, e que descreve a dor irruptiva como uma exacerbação transitória da dor que ocorre quer espontaneamente quer desencadeada por um fator específico (previsível ou imprevisível), apesar do relativamente estável e adequado controlo da dor basal (Davies *et al.*, 2009).

A definição transmite a importância de diferenciar dor irruptiva de outros tipos de dor, nomeadamente dor crónica mal controlada, episódios de dor que ocorram durante a iniciação ou titulação de analgésicos ou ainda episódios de dor que ocorram no fim do intervalo entre doses de analgésicos. Para o correto diagnóstico da dor irruptiva são considerados os seguintes critérios: a analgesia de base deve estar estável nas 48 horas anteriores, a dor basal deve estar controlada nas 24 horas anteriores e, a presença de episódios de dor moderada a severa nas 24 horas anteriores (Ali & Kopf, 2010; Davies, 2009; Davies *et al.*, 2009; Zeppetella, 2011).

A dor irruptiva pode ser classificada em dor espontânea e dor incidental. Os episódios de dor espontânea (também conhecida como idiopática) são imprevisíveis; nos episódios de dor incidental é possível identificar o fator que desencadeou a dor. Os episódios de dor incidental estão relacionados a eventos específicos e pode ser classificada em três categorias:

- Volitiva: desencadeada por um ato voluntário, como as atividades de vida diárias, caminhar;
- Não volitiva: desencadeada por um ato involuntário, como tossir, espirrar;
- Associada a procedimentos: desencadeada pela execução de determinados procedimentos, como o tratamento de feridas, posicionamentos, biópsias (Davies, 2009; Davies *et al.*, 2009).

Atualmente a dor de fim de dose⁴ não é considerada como um tipo de dor irruptiva, uma vez que na definição de dor irruptiva está subjacente o adequado controlo da dor basal (Davies, 2009; Davies *et al.*, 2009).

A dor irruptiva é uma dor heterogénea que varia entre indivíduos e também na própria pessoa. Como características clínicas a dor irruptiva é descrita como uma dor inesperada, frequente (média de 4 episódios / dia), de intensidade moderada a severa (pode atingir o seu pico máximo em 3 a 5 minutos) e de curta duração (média entre 15 a 30 minutos, podendo durar até 60 minutos) (Caraceni *et al.*, 2013; Davies, 2009; Mercadante, 2015; Zeppetella, 2011).

⁴ A dor de fim de dose surge consistentemente antes da hora de administração do fármaco basal eleito e reflete um desajuste da terapêutica de base para a intensidade de dor existente (Davies, 2009; Zeppetella, 2011).

As pessoas idosas vivenciam um grande impacto negativo na sua qualidade de vida, e também na dos cuidadores familiares, pelas várias complicações induzidas pela dor irruptiva, nomeadamente, a nível físico (imobilidade, quedas, malnutrição, insónia), psicológico (ansiedade, depressão) e social (isolamento e diminuição da participação em atividades recreativas) (Buchanan, Geerling & Davies, 2014; Burton & Zeppetella, 2011; EONS, 2013; Mercadante, Marchetti, Cuomo, Mammucari & Caraceni, 2015; *Rustøen et al.*, 2013).

O primeiro passo na avaliação da dor irruptiva é certificar que a dor basal está controlada, dado que a dor na população idosa é frequentemente desvalorizada e consequentemente subtratada. A relutância na prescrição de terapêutica analgésica opióide pelos possíveis efeitos adversos, a convicção que a população idosa requer dosagens menores para uma analgesia adequada, a crença de que a dor faz parte do processo de envelhecimento e atitudes de estoicismo são algumas das razões apontadas para o subtratamento da dor na pessoa idosa (Gammons & Caswell, 2014; Pautex, Vogt-Ferrier & Zulian, 2014).

Existem princípios a ter em conta na avaliação da dor irruptiva. A avaliação da dor irruptiva deve ser detalhada e distinta da avaliação da dor basal. A realização da história da dor irruptiva é essencial para a sua caracterização: início da dor, frequência, localização, irradiação, qualidade, intensidade, duração, fatores desencadeantes e de alívio, resposta aos analgésicos, sintomas associados e impacto nas atividades de vida (Caraceni *et al.*, 2013; Davies *et al.*, 2009; Davies, 2009; EONS, 2013). Reconhecer sempre, que a pessoa idosa é o melhor avaliador da sua própria dor e deve ser privilegiado o autorrelato na pessoa idosa com capacidades de comunicação e com funções cognitivas mantidas. Nas pessoas idosas com declínio cognitivo a avaliação é um desafio, dado que os instrumentos de avaliação de dor validados para pessoas idosas não-comunicantes verbalmente não estão adaptadas para a avaliação da dor irruptiva (OE, 2008; Davies *et al.*, 2009).

O pilar da gestão e tratamento da dor irruptiva é a terapêutica de resgate. A terapêutica de resgate é administrada consoante a necessidade do doente, em vez de horas fixas (Davies, 2009; Zeppetella, 2011). No caso da dor espontânea ou dor incidental não volitiva, a medicação deve ser administrada no início do episódio; na dor incidental volitiva ou de procedimento, a medicação deve ser administrada antes

do episódio de dor ocorrer. A decisão sobre a terapêutica de resgate deve ser baseada na combinação de vários elementos: as características da dor (o início, a duração), as características do medicamento (farmacocinética, farmacodinâmica), a resposta prévia do doente a opióides (eficácia, tolerância) e acima de tudo, a preferência e decisão da pessoa idosa (Davies *et al.*, 2009; Pautex, Vogt-Ferrier & Zulian, 2014). O medicamento ideal terá um início rápido e curta duração, minimizando os efeitos secundários e otimizando a sua eficácia.

Nas pessoas idosas deverá ser realizada uma titulação cuidadosa, começando com a menor dose possível e ajustando de acordo com a resposta analgésica e efeitos adversos. As alterações fisiológicas da idade condicionam alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas, que acarretam maiores e mais prolongadas concentrações plasmáticas dos fármacos estando mais suscetíveis aos efeitos da medicação, e portanto, também aos efeitos adversos (Pautex, Vogt-Ferrier & Zulian, 2014). A avaliação da dor e do tratamento deve ser realizada de uma forma regular e precisa para determinar a sua eficácia e tolerabilidade, pois uma reavaliação inadequada pode levar à continuação de um tratamento ineficaz e/ou inapropriado (EONS, 2013; Wengström, Geerling & Rustøen, 2014). O controlo ineficaz da dor pode provocar um aumento de deslocações ao serviço de urgência, um acompanhamento mais frequente em consultas, internamentos mais frequentes e mais longos e, uma sobrecarga de custos para a pessoa idosa (Burton & Zeppetella, 2011; Caraceni *et al.*, 2013; Davies *et al.*, 2009; Pautex, Vogt-Ferrier & Zulian, 2014; Rustøen *et al.*, 2012; Zeppetella, 2011).

A enfermeira tem uma intervenção fundamental junto das pessoas idosas, no controlo da dor, participando ativamente na avaliação e na promoção da qualidade da gestão da dor de forma a minimizar o seu sofrimento. Como elementos importantes na intervenção da enfermeira encontramos os conhecimentos necessários para saber diferenciar a dor basal da dor irruptiva, capacidades de comunicação que permitam obter uma adequada história da dor sentida pela pessoa idosa e, capacidade de aconselhar sobre diferentes estratégias de gestão e tratamentos à medida das necessidades individuais da pessoa idosa (Buchanan, Geerling & Davies, 2014; Denny & Guido, 2012; EONS, 2013; Wengström, Geerling & Rustøen, 2014). Cada pessoa idosa é única, e o processo de controlo da dor irruptiva desenvolve-se de forma diferente para cada pessoa.

1.3. O processo de parceria como promotor do cuidado de Si à pessoa idosa com dor irruptiva

A dor irruptiva reflete-se na vida das pessoas idosas alterando os seus padrões de vida diária e a percepção do estado de saúde. A pessoa que vive com dor irruptiva tem de adaptar a sua vida a essa nova condição, descobrir como lidar com esse tipo de dor e, a adaptar o seu modo de viver (Ribeiro, 2013).

A aprendizagem de viver com dor irruptiva pode ser considerada, segundo Meleis (2010), uma transição saúde-doença. A transição é descrita como uma passagem de um estado estável para outro estado estável, durante a qual a pessoa procura redefinir o sentido de si mesma e desenvolve, novamente a confiança para tomar decisões sobre o seu projeto de vida (Meleis *et al.*, 2000; Meleis, 2010; Kralik, Van Loon & Telford, 2005).

Assistir a pessoa idosa a lidar com as transições que afetam a saúde assume-se como um desafio para as enfermeiras que têm como intenção na sua intervenção, facilitar as transições vivenciadas pela pessoa idosa, promovendo os processos de adaptação e prevenindo resultados indesejáveis (Meleis, 2010; Shumacher, Jones & Meleis, 1999). A enfermeira tem neste processo, uma importância essencial na promoção da qualidade de vida, ajudando a pessoa idosa com dor irruptiva e família, a usar os recursos necessários para gerir a sua dor, mantendo a sua autonomia na tomada de decisão e uma participação ativa no seu projeto de vida e saúde, uma vez que se impõem grandes exigências de adaptação (Ribeiro, 2013).

Hesbeen (2000, p. 103) descreve o processo de cuidar como “aquele que designa um movimento, que se dirige ao outro para ir ao seu encontro no caminho que é o seu”, ou seja, elaborar com a pessoa idosa que é cuidada e, consoante a situação, com a sua família, um projeto de cuidados identificando um horizonte para o qual ela pretende progredir. Atualmente, o reconhecimento da importância da participação e envolvimento da pessoa idosa na promoção da sua saúde e como principal responsável pelas suas opções de vida, contribuem para uma visão da pessoa como um parceiro no processo de cuidados.

Para Gomes, o conceito de parceria é entendido como, um processo dinâmico, negociado em conjunto por doentes e enfermeiros no respeito pelos saberes de cada um, o que implica que à pessoa tem que lhe ser dado o direito e a responsabilidade de fazer escolhas, no respeito pela sua autonomia e identidade (Gomes, 2007)

A parceria entre enfermeira e pessoa idosa, num contexto de vulnerabilidade e dependência, é um processo que promove o cuidado de Si e envolve a construção de uma ação conjunta quando a pessoa tem capacidade de decisão, ou a construção de uma ação em que o cuidado é assegurado pela enfermeira quando este não tem capacidade de decisão (Gomes, 2013).

Como forma de ajudar a compreender a dinâmica e a natureza evolutiva da estrutura do processo de parceria entre enfermeira e pessoa idosa, Gomes (2013) apresenta as diferentes fases que caracterizam a construção do processo de parceria:

- **revelar-se**, dá-se o conhecer da pessoa (do doente e do enfermeira), a enfermeira mobiliza as suas competências de comunicação para se dar a conhecer e conhecer a pessoa idosa, procurando conhecer o potencial de desenvolvimento da pessoa com o objetivo de ajudar a promover o seu projeto de saúde e vida e a realização de Si;

- **envolver-se**, passa pelo estabelecimento de tempo e espaço para desenvolver uma relação de confiança. Nesta fase de envolvimento a enfermeira procura identificar o que há de mais singular na pessoa idosa, para que possa mobilizar essa informação na ação e relação;

- **capacitar ou possibilitar, capacitar** é a construção de uma ação conjunta no desenvolvimento de competências para agir e decidir. A enfermeira desenvolve um processo informado, esclarecido, reflexivo e negociado, ou seja, com partilha de responsabilidade e poder em que mobiliza a singularidade da pessoa idosa para ajudar a transformar capacidades potenciais em reais, para que a pessoa idosa possa vir a assumir o controlo do cuidado de Si. A pessoa idosa, por sua vez, interessa-se por potencializar e adquirir ferramentas para ter controlo de Si e do seu projeto de vida e saúde. **Possibilitar** implica estar presente e ter cuidado com o cuidado que o Outro teria consigo próprio se isso lhe fosse possível, preservando a sua identidade através do conhecimento que já detinha da pessoa e experiência de

vida, e o que dá sentido à sua vida. A enfermeira assume a responsabilidade do cuidado que o Outro devia ter consigo próprio ou ajuda a capacitar a família para cuidar da pessoa idosa;

- ***comprometer-se***, traduz-se num desenvolvimento de esforços conjuntos com o intuito de procurar atingir os objetivos definidos, para assumir ou assegurar o controlo ou progressão do projeto de vida e saúde da pessoa idosa. A enfermeira ajuda a suportar o compromisso que a pessoa faz com base no que faz sentido para si;

- ***assumir o controlo de Si ou assegurar o cuidado do Outro***, significa que o doente consegue ter controlo sobre o seu projeto de vida e saúde, está informado, consegue decidir qual o melhor caminho para si e consegue gerir a sua situação, ou, a família adquire compacidade de ajudar a cuidar do doente. A enfermeira assume a responsabilidade do cuidado que a pessoa idosa devia ter consigo própria e garante que a família adquira capacidade para cuidar da pessoa idosa e, mantém-se como um recurso (Gomes, 2009; 2013).

Apesar destas fases se mostrarem de uma forma isolada, estas inter-relacionam-se e estão presentes no processo de uma forma continuada, podendo existir avanços e retrocessos ao longo do mesmo (Gomes, 2009; 2013).

A parceria nos cuidados de enfermagem reconhece a pessoa como responsável pelo seu próprio projeto de vida e saúde, investindo-a de poder (*empowerment*), para que suporte as suas tomadas de decisão relacionadas com a sua saúde e estilos de vida de uma forma informada, e assumindo que a pessoa idosa tem o direito de participar nos seus cuidados (Gomes, 2009; 2013). Assim, a compreensão do significado do conceito de parceria poderá ser estruturante para a prática de cuidados nas situações em que as pessoas idosas se encontrem vulneráveis e dependentes, nomeadamente com dor irruptiva, na promoção da sua autonomia no controlo da dor.

2. METODOLOGIA E IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

Nesta parte do trabalho pretende-se caracterizar o tipo de metodologia escolhido, assim como os locais de estágio em que o mesmo se desenvolveu. É também realizada a descrição das atividades desenvolvidas, os resultados obtidos e as aprendizagens realizadas ao longo do estágio que promoveram a aquisição de diversas competências de enfermeira especialista.

2.1. Metodologia de Projeto

A metodologia de projeto caracteriza-se por introduzir uma dinâmica entre a teoria e a prática, por ser um processo iterativo, não havendo separação entre o saber e o saber fazer. Integra conhecimentos adquiridos e promove a aquisição de novos conhecimentos e experiências que emergem durante o desenvolvimento do mesmo. Nesta perspetiva, o saber é construído individualmente, privilegiando uma aprendizagem por descoberta pessoal mas reconhecendo também, que esta construção é feita num processo de interação com os outros (instituição, colegas, escola, comunidade) através de conversas e debates de ideias/ pontos de vista diferentes e questionamentos (Leite & Santos, 2004).

Ruivo et al (2010) enumeram as fases que constituem esta metodologia:

- *Diagnóstico da situação* tem como finalidade realizar “ um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada, ou seja, elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar” (Ruivo *et al.*, 2010, p.10);

- *Definição de objetivos* deve ser centrada na resolução de um problema, descritos de forma sucinta, clara e precisa, formulados em enunciado declarativo, exequíveis e mensuráveis;

- *Planeamento de atividades* consiste na realização de um desenho detalhado do projeto tendo em conta os objetivos previamente formulados, planifica-se as atividades, define-se estratégias, é feito o levantamento dos recursos necessários e existentes, calendarizando as atividades previstas através de um cronograma de orientação;

- *Execução das atividades* materializa a sua realização, colocando em prática tudo o que foi previamente planeado. De acordo com Ruivo *et al* (2010, p. 24) embora seja esta a fase “mais trabalhosa, é a mais proveitosa”;

- *Avaliação* é um processo dinâmico e contínuo através da aplicação de instrumentos de avaliação que fornecem elementos necessários para intervir e melhorar a eficiência e a eficácia. Sendo um processo dinâmico implica a comparação entre os objetivos delineados inicialmente e os objetivos atingidos, e nesse sentido deve ser rigorosa;

- *Divulgação dos resultados* dá a conhecer a pertinência do projeto e o caminho percorrido na resolução de determinado problema. Após a implementação do projeto redige-se o relatório final do percurso efetuado, sendo fundamental para o desenvolvimento dos profissionais e para a melhoria dos serviços prestados.

2.2. Caracterização dos Contextos de Estágio

O período de estágio foi realizado em contexto de cuidados diferenciados e em cuidados de saúde primários.

O estágio que ocorreu na comunidade teve a duração de 4 semanas (entre 23 de novembro e 18 de dezembro de 2015), integrado numa ECCI de ACES de Lisboa e Vale do Tejo. A ECCI tem a capacidade máxima de atendimento de 40 pessoas, os cuidados são assegurados por uma equipa multidisciplinar: 4 enfermeiros (sendo 1 enfermeira especialista de reabilitação), 1 técnica superior do serviço social (tempo parcial) e 1 fisioterapeuta (tempo inteiro). Os participantes deste projeto foram pessoas idosas com idade igual ou superior a 65 anos com dor irruptiva, ou seus familiares, internadas durante esse período na UCC.

O estágio realizado em ambiente hospitalar decorreu na UD de um hospital central, com a duração de 14 semanas, no período entre 28 de setembro e 20 de setembro de 2015 e entre 04 de janeiro de 2016 a 12 de fevereiro de 2016, sendo este o serviço onde trabalho como enfermeira há cerca de 8 anos. A UD tem como missão prestar serviços e atos clínicos diferenciados a doentes de todos os grupos etários, portadores de dor crónica (oncológica e não oncológica), tendo como referência a população da área de influência do hospital. De acordo com as normas

de organização e classificação das Unidades de Dor Crónica é classificada como uma Unidade Multidisciplinar de Dor⁵ (DGS, 2008).

A equipa multidisciplinar é constituída por uma equipa residente: 5 médicos (3 em tempo parcial), 5 enfermeiras, 1 assistente operacional e 1 psicóloga. Conta com a colaboração partilhada com outros serviços e em tempo parcial: 1 secretária de unidade, 1 técnica de Serviço Social; 1 técnica de Nutrição e Dietética, 1 neurologista; 1 oncologista; 1 psicomotricista. Em regime de voluntariado: 1 médica de clinica geral que realiza Mesoterapia, 1 terapeuta holístico a realizar Reiki. Os participantes deste projeto foram pessoas idosas com idade igual ou superior a 65 anos com dor irruptiva, ou seus familiares, acompanhadas pela UD no período de estágio.

2.3. Considerações Éticas

Na persecução da aquisição dos conhecimentos, existe um limite que não pode ser ultrapassado, e este limite reporta-se ao respeito pela pessoa e à proteção do seu direito de viver livre e condignamente enquanto ser humano (Fortin, 1999). Cinco direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos foram determinados pelos códigos de ética: o direito à *autodeterminação* (a capacidade de decidir por si), o direito à *intimidade* (liberdade de restringir a informação que quer dar devendo ser solicitado consentimento para tal), o direito ao *anonimato e à confidencialidade* (para que ninguém consiga identificar nenhum participante através dos dados apresentados), o direito à *proteção contra o desconforto e prejuízo* (proteção contra inconvenientes suscetíveis de lhe fazerem mal ou de a prejudicarem e pôr fim), o direito a um *tratamento justo e equitativo* (o direito de informação sobre a finalidade e metodologia do estudo) (Fortin, 1999).

Partindo destes princípios, foi solicitado às pessoas idosas que participaram no projeto, o consentimento informado⁶ e esclarecido no qual está identificado o projeto em implementação, é solicitada a colaboração, o carater voluntário da

⁵ As Unidades de Dor possuem graus de diferenciação e especialização distintos, conforme a equipa que as constitui e a estrutura hospitalar em que estão inseridas.

⁶ O consentimento informado não é apresentado como apêndice deste relatório pois o seu conteúdo permitiria a identificação da instituição onde se realizou o projeto de intervenção.

participação, o direito de revogação em qualquer momento do consentimento fornecido e garantida a confidencialidade e anonimato dos dados.

A profissão de Enfermagem tem definido quer no Código Deontológico do Enfermeiro quer no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (OE, 2012) os princípios éticos e deontológicos a cumprir no seu exercício onde se inclui a investigação. Estes princípios e valores foram igualmente considerados na prática de cuidados diretos.

Institucionalmente foi certificada a autorização para a realização do estágio e implementação do projeto no serviço pela enfermeira responsável, pela diretora do serviço, pelo Conselho de Administração, após parecer positivo da Comissão de Ética.

2.4. Atividades realizadas, resultados obtidos e aprendizagens adquiridas

A implementação do projeto decorreu em 18 semanas letivas, distribuídas pelos dois campos de estágios descritos previamente da seguinte forma: estágio em contexto hospitalar (local de implementação do projeto) com duração de 8 semanas, seguido da realização do estágio de 4 semanas em cuidados de saúde primários, regressando ao hospital por mais 6 semanas para a continuidade da implementação do projeto.

Com vista à execução dos objetivos definidos, foram planeadas, de acordo com a metodologia de projeto, atividades/estratégias a desenvolver para facilitar a concretização dos mesmos. A descrição das atividades realizadas foi organizada em 3 fases: fase de diagnóstico, fase de implementação e fase de avaliação.

Na primeira fase foi realizado o diagnóstico da situação e a contextualização da problemática. Pretendeu-se identificar os conhecimentos teóricos e as práticas de cuidados das enfermeiras à pessoa idosa com dor irruptiva tendo por base as fases do processo de Parceria (Gomes, 2013).

Na segunda fase, foram realizadas atividades com a finalidade de contribuir para o desenvolvimento de competências das enfermeiras nos cuidados à pessoa idosa/família, no controlo da dor irruptiva através do processo de Parceria.

Na terceira e última fase foi realizada uma avaliação do projeto de intervenção, em concreto as alterações e contributos na prática de enfermagem do modelo de Parceria, na promoção do cuidado de Si à pessoa idosa com dor irruptiva.

Para cada uma destas fases foram criados objetivos específicos que orientaram o trabalho desenvolvido durante o estágio. De seguida encontra-se a descrição das atividades desenvolvidas de acordo com os objetivos específicos definidos, assim como os resultados obtidos e as aprendizagens adquiridas.

2.4.1. Fase de Diagnóstico

O quadro 1 pretende representar o objetivo e atividades desenvolvidas na fase de diagnóstico que foram comuns entre o contexto hospitalar e cuidados de saúde primários.

Quadro 1 Objetivo e atividades desenvolvidas na fase de diagnóstico

Objetivo Específico	Aprofundar conhecimentos sobre pessoa idosa/família, suas necessidades e especificidades de cuidados, nomeadamente com dor irruptiva
Atividades:	<ol style="list-style-type: none">1. Revisão e pesquisa bibliográfica sobre o processo de envelhecimento, dor crónica e dor2. Participação no Encontro Nacional de Unidades Dor (30 e 31 de Outubro 2015), temáticas sobre envelhecimento, dor crónica e Workshop de “Dor Iruptiva”3. Reuniões tutoriais

Revisão e pesquisa bibliográfica sobre o processo de envelhecimento, dor crónica e dor irruptiva

Esta atividade mostrou-se presente ao longo de todo o período de estágio, com o intuito de obter informação atualizada e baseada na evidência.

Foi realizada uma revisão sistemática da literatura (Apêndice I) tendo por base uma questão bem definida com sentido de identificar, selecionar, avaliar e sintetizar as evidências relevantes disponíveis, para compreender que intervenções de enfermagem são utilizadas e que permitisse a aquisição ou desenvolvimento de competências pessoais e na equipa, na promoção do cuidado de Si em processo de parceria com a pessoa idosa/cuidador familiar na dor irruptiva.

Pela especificidade do tema não foi encontrado conhecimento científico disponível na base de dados, pelo que a pesquisa foi alargada a bibliografia de referência sobre dor. No entanto, tendo em conta que o contexto de implementação do projeto é uma UD, foi formulada a seguinte pergunta orientadora para pesquisa:

Quais as intervenções de enfermagem à pessoa idosa, de forma a promover o cuidado de si, na gestão da dor crónica?

Foi efetuada uma pesquisa de artigos científicos com recurso à base de dados eletrónica EBSCOhost web nas seguintes bases de dados: *MEDLINE with full text*, *CINAHL Plus with full text*, *Cochrane Database of Systematic Reviews* e *Cochrane Methodology Register*. A pesquisa foi efetuada a 23/12/2015, com a seleção de artigos publicados com data compreendida entre janeiro de 2010 e dezembro de 2015. Foram utilizadas as seguintes palavras-chave: chronic pain, management, elderly, elder, older, old people, nursing interventions, nursing care, nursing, nurse. Os descritores utilizados foram os seguintes: chronic pain AND management AND elderly OR elder OR older OR old people AND nursing interventions OR nursing care OR nursing OR nurse.

Resultados obtidos e aprendizagens adquiridas

As conclusões retiradas desta atividade contribuíram para a fundamentação teórica do projeto. Constatou-se pela pesquisa bibliográfica realizada, o interesse crescente na utilização de medidas não farmacológicas para o controlo e alívio da dor crónica nas pessoas idosas, como a aromoterapia, a acupressão, relaxamento e TENS (Abou-Setta *et al*, 2011; Tang & Tse, 2014). No entanto verifica-se alguma dificuldade na apresentação de um parecer absoluto sobre a eficácia das intervenções de enfermagem no desenvolvimento da prática clínica com a pessoa idosa com dor crónica, pela falta de dados consistentes.

Destacam-se algumas informações relevantes como resultado da pesquisa para o desenvolvimento do projeto. Spitz et al (2011) demonstraram através de um estudo realizado, que os profissionais de saúde são identificados como fatores inibidores na prescrição de opióides às pessoas idosas, pela falta de formação e pela subjetividade da dor. Também as pessoas idosas e seus familiares são reconhecidos como inibidores, pelos mitos existentes e relutância em tomar analgésicos fortes. Como alguns fatores facilitadores são referidos a educação dos idosos e da família sobre medicamentos prescritos para dor intensa, a facilidade de apoio por especialistas e apoio em instrumentos baseados na evidência para ajudar a calcular a dose inicial na prescrição de opióides.

A pesquisa bibliográfica e a revisão sistemática da literatura permitiram desenvolver e aprofundar conhecimentos sobre a temática do envelhecimento,

assim como, a análise do conhecimento científico disponível sobre o tema. Ressalto a pertinência deste processo, porque permitiu compreender os vários fatores que podem contribuir para o controlo inadequado da dor na pessoa idosa, destacando os fatores extrínsecos ao próprio indivíduo, nomeadamente os profissionais de saúde e à falta de conhecimentos sobre dor irruptiva por parte dos mesmos.

Participação no Encontro Nacional de Unidades Dor (30 e 31 de Outubro 2015), nas temáticas sobre envelhecimento, dor crónica e no Workshop de “Dor Iruptiva”

Este encontro teve como objetivo promover o debate multi e interdisciplinar através da reflexão e discussão entre vários profissionais e especialistas no tratamento da dor em Portugal, com apresentação de propostas e sugestões, visando um melhor tratamento da dor.

Neste encontro tive oportunidade de participar no Workshop de “Dor irruptiva”, cuja finalidade era encontrar um consenso sobre a terminologia, avaliação e tratamento da dor irruptiva, quer nas unidades dor quer nos cuidados de saúde primários. Esta participação contribuiu para consolidar conhecimentos adquiridos até ao momento, validar referências bibliográficas de referência, poder participar na discussão e reflexão sobre aspetos que podem facilitar a avaliação da dor irruptiva e promover o seu controlo.

Foi também possível assistir à mesa de discussão com o tema “ Tratar a Dor”, da qual saliento a apresentação “Tratar a dor; Como estamos em Portugal?” que permitiu conhecer o panorama nacional no diagnóstico e tratamento da dor.

Resultados obtidos e aprendizagens adquiridas

Com este encontro constatou-se que existem atualmente diferentes perceções e ideias sobre conceitos-chave como a dor irruptiva apesar da especificidade dos participantes, que exercem a sua atividade profissional em unidades dor (Apêndice II). Foi interessante reconhecer a existência de uma situação idêntica na UD, local de implementação do projeto. No diagnóstico de situação realizado através das narrativas das enfermeiras e da análise dos registos, foi identificado que a avaliação da dor irruptiva não era realizada corretamente, provavelmente porque o conceito não se encontra bem consolidado entre os elementos da equipa de enfermagem.

Reuniões tutoriais

Durante a execução da fase de diagnóstico e ao longo do projeto realizaram-se reuniões tutoriais com a professora orientadora na ESEL e as enfermeiras orientadoras dos locais de estágio.

Resultados obtidos e aprendizagens adquiridas

Nas reuniões, a professora e as enfermeiras demonstraram sempre disponibilidade, atitude animadora, orientadora, questionando a pertinência dos percursos e ações escolhidas, a planificação das atividades e sua concretização, e também promovendo a reflexão sobre as intervenções realizadas durante todo o processo (Apêndice III).

Segundo Vieira & Moreira (2011), a prática de uma escrita reflexiva pode ser transformadora e potenciadora de mudanças no pensamento e de desenvolvimento pessoal e profissional. As reflexões destes momentos formativos ao longo do percurso de desenvolvimento do projeto permitiram melhorar os hábitos de reflexão, aperfeiçoar a construção do pensamento, a consciencialização de incoerências e dilemas, assim como expor ideias e emoções (Macedo, Augusto, Silva & Rosário, 2013).

Ainda na fase de diagnóstico, encontramos no quadro 2, o objetivo específico proposto e atividades realizadas durante o estágio em cuidados de saúde primários.

Quadro 2 Objetivo e atividades desenvolvidas na fase de diagnóstico – **Cuidados de Saúde Primários**

Objetivo Específico Intervir na promoção do cuidado de Si, em processo de parceria, com a pessoa idosa/ família em contexto comunitário na dor irruptiva em cuidados de saúde primários

Atividades:

1. Realização de estágio em ECCI de ACES de Lisboa e Vale do Tejo, entre 23-11 a 18-12-2015, com a elaboração de um relatório de estágio final
2. Prestação de cuidados de enfermagem em parceria com a pessoa idosa/família na promoção do Cuidado de Si, na dor irruptiva:
 - Entrevistas à pessoa idosa, para a compreensão da sua especificidade e o impacto da dor crónica na sua vida
 - Avaliação multidimensional da pessoa idosa
3. Conhecer e compreender a intervenção da UCC Almada a nível dos cuidados de saúde primários e sua articulação entre as Unidades de Saúde do ACES e Hospital de referência
4. Realização de sessão de formação a 16/12/2015 sobre a pessoa idosa com dor irruptiva intitulada “Pessoa Idosa com Dor
5. Reuniões reflexivas da prática com os enfermeiros

Realização de estágio em ECCI de ACES de Lisboa e Vale do Tejo, entre 23/11/2015 a 18 /12/2015, com a elaboração de um relatório de estágio final

O estágio nos cuidados de saúde primários (CSP) realizou-se numa UCC inserida no ACES de Lisboa e Vale do Tejo. Esta desenvolve a sua atividade no âmbito da comunidade, e pretende através da intervenção de uma equipa multidisciplinar, contribuir para a melhoria do estado de saúde da população visando ganhos em saúde. Presta cuidados de saúde, apoio psicológico e social, quer em contextos domiciliário e/ou comunitário, abrangendo pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional, atuando na educação, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção (Despacho n.º 10143 de 16 de abril de 2009), garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados prestados.

O estágio foi realizado numa ECCI e teve a duração de 4 semanas. A ECCI é uma equipa multidisciplinar que pretende prestar serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se de forma autónoma (Decreto-lei nº 101/2006 de 6 de junho).

A realização deste estágio em contexto de CSP teve grande importância para o desenvolvimento na área de intervenção à pessoa idosa ao proporcionar reflexões sobre o contributo da enfermeira especialista integrada numa equipa multidisciplinar a nível da comunidade e que melhoria poderia suceder da articulação entre diferentes serviços, nomeadamente entre a ECCI e UD. Proporcionou igualmente a intervenção como enfermeira especialista junto da pessoa idosa e família, no âmbito da doença crónica, desenvolvendo a sua capacitação na gestão da sua situação saúde/doença em particular na dor irruptiva e ajudando nos processos de transição, com vista a sua autonomia e qualidade de vida.

Resultados obtidos e aprendizagens adquiridas

Complementar ao estágio foi realizado um relatório final de estágio que contribuiu para a reflexão sobre os conhecimentos e competências adquiridas ou desenvolvidas, relativamente aos cuidados de enfermagem à pessoa idosa com dor irruptiva e sua família em processo de parceria, no seu domicílio (Apêndice IV).

Através do acompanhamento dos enfermeiros foi possível constatar que estes reconhecem a pessoa como responsável pelo seu projeto de vida e saúde, habilitando a pessoa idosa a participar na decisão e gestão da sua doença, tendo em conta as suas necessidades e potencialidades, preferências e expectativas, contribuindo para que esteja ativamente envolvida, revelando uma prática de cuidados centrada na pessoa idosa (Gomes, 2013).

Este estágio permitiu ainda comprovar que, relativamente à gestão da dor irruptiva, conhecer as capacidades físicas e cognitivas da pessoa idosa, o seu estilo de vida, o contexto de vida individual, familiar e social são condições importantes para adequar a intervenção da enfermeira para capacitar a pessoa ou cuidador familiar a gerir o seu regime terapêutico e poder controlar a dor.

Presenciar algumas dificuldades sentidas pelas pessoas idosas e seus cuidadores familiares no domicílio, contribuiu para modificar a minha intervenção na UD, pois passei a avaliar com maior atenção à condição física da pessoa idosa e o apoio familiar que possa ter no domicílio. Recordo uma situação em particular de um idoso com doença oncológica, acamado e que vivia sozinho em condições precárias. Tinha o apoio de 2 irmãs que o visitavam durante o dia e que prestavam os cuidados de higiene, cuidavam da alimentação e administração de terapêutica. O doente estava medicado com analgésicos fortes para controlo da dor basal e terapêutica de resgate para a dor irruptiva. No entanto, a sua dor estava mal controlada, uma vez que o doente não tinha condições físicas para fazer autonomamente a administração da medicação, nem o apoio adequado por parte das cuidadoras familiares porque nem sempre estavam presentes. Foi necessário encontrar estratégias em parceria com as irmãs para possibilitar a melhoria da gestão de terapêutica e controlo da dor. Assim, foi acordado que apenas uma das irmãs ficaria responsável pela administração de terapêutica de base para que nenhuma administração falhasse e procurou-se colocar a terapêutica de resgate num local acessível ao doente para a sua administração nos episódios de dor irruptiva.

Esta situação em particular foi importante para compreender que a enfermeira tem uma intervenção importante em ajudar a capacitar o cuidador familiar para cuidar e assegurar o cuidado da pessoa idosa, ou seja, possibilitar o cuidador familiar a ter o cuidado que o Outro teria consigo próprio se isso lhe fosse possível,

procurando evitar complicações e contribuir para o conforto e bem-estar (Gomes, 2013).

Durante o estágio foi realizado um estudo de caso, reuniões reflexivas com a enfermeira orientadora de campo de estágio e professora orientadora, uma sessão de formação para a equipa da UCC, e um relatório final de estágio com a finalidade de refletir sobre os objetivos propostos e evidenciar as competências adquiridas. Para concluir esta aprendizagem foi realizada uma avaliação do nível de desenvolvimento pelos orientadores (formativa e final).

Prestação de cuidados de enfermagem em parceria com a pessoa idosa/família na promoção do Cuidado de Si, na dor irruptiva

- *Entrevistas à pessoa idosa, para a compreensão da sua especificidade e o impacto da dor irruptiva na sua vida*

A entrevista foi planeada como uma técnica de recolha de dados com o objetivo de aprofundar conhecimentos sobre a especificidade da pessoa idosa, desenvolver competências de observação, comunicação, de análise e avaliação multidimensional à pessoa idosa com dor irruptiva no domicílio.

Utilizar a entrevista como um método de colheita de dados permite a obtenção de informações do entrevistado, sobre determinado assunto ou problema. A entrevista pretende ser um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversa de natureza profissional (Marconi & Lakatos, 2003).

Foi necessário previamente estudar e aprofundar conhecimentos sobre esta técnica, nomeadamente sobre os cuidados inerentes à sua preparação. De acordo com Marconi & Lakatos (2003), o planeamento da entrevista deve ter em vista o objetivo a ser alcançado, a escolha da pessoa a ser entrevistada deve ter algo em comum com o tema a pesquisar, a disponibilidade da pessoa em fornecer a entrevista que deve ser marcada com antecedência, acautelar as condições propícias para garantir ao entrevistado o seu anonimato e por fim, organizar o roteiro ou formulário das questões importantes.

O tipo de entrevista utilizada foi a semiestruturada, com um conjunto de questões previamente definidas e os instrumentos de avaliação multidimensional da pessoa idosa, mas com a possibilidade de discorrer sobre os temas propostos.

A escolha da pessoa para a entrevista foi decidida e realizada em conjunto com a enfermeira orientadora do local de estágio, tendo em conta os objetivos propostos na realização do estágio. Na entrevista, previamente combinada, foi proposto pela própria pessoa idosa o seu quarto como o local para a nossa conversa, favorecendo uma atmosfera amistosa e de confiança. Foi proporcionado bem-estar e evitado o constrangimento através de sinais de entendimento e de estímulo como gestos e acenos de cabeça, também sinais verbais de incentivo ao longo da entrevista, permitindo que a pessoa pudesse falar livremente.

A informação obtida através da entrevista permitiu adequar e implementar intervenções dirigidas à pessoa idosa e suas necessidades tendo em conta as suas potencialidades, que não seriam possíveis apenas com a pesquisa bibliográfica e observação.

Resultados obtidos e aprendizagens adquiridas

Para a recolha de dados e aplicação dos diversos instrumentos de avaliação multidimensional, foram feitas duas visitas domiciliárias mais prolongadas. Estas visitas permitiram estabelecer uma relação de confiança com a pessoa idosa, o que facilitou a obtenção de algumas informações que de outra maneira talvez não fosse possível obtê-las. Através do tempo disponibilizado para as entrevistas, a pessoa idosa foi revelando histórias e experiências de vida que permitiram aceder à sua singularidade, e que esta fosse incluída na ação de cuidados.

Esta situação ajudou-me a consolidar as condições essenciais para o processo de parceria como promotor do cuidado de Si: ver a pessoa como ser de projeto e de cuidado e, ter tempo e espaço para a construção de uma relação de qualidade (Gomes, 2013).

- *Avaliação multidimensional da pessoa idosa com dor crónica*

A avaliação multidimensional é um processo de diagnóstico para avaliar a saúde da pessoa idosa. Adotando a definição de saúde de Moraes (2012) como sendo uma medida da capacidade de realização de aspirações e da satisfação das necessidades da pessoa idosa e não simplesmente a ausência de doenças, a pessoa idosa é considerada saudável quando é capaz de realizar as tarefas do quotidiano, de forma independente e autónoma, mesmo na presença de doenças. Assim, o foco saúde está intimamente ligado à capacidade funcional, ou seja, a capacidade de gerir a sua própria vida e de cuidar de si mesmo.

Esta avaliação permitiu planejar intervenções específicas nos fatores de risco relacionados com a incapacidade e, atuar na promoção da saúde. Como tal, é necessário conhecer os diferentes aspetos da saúde do idoso e saber como avaliá-la de forma sistematizada e multidimensional. A avaliação da funcionalidade global deve incluir escalas funcionais disponíveis para avaliar as atividades de vida diária básicas, instrumentais e avançadas e também a avaliação dos sistemas funcionais principais que deve incluir testes ou escalas apropriadas para a análise da cognição, humor, mobilidade e comunicação. Para facilitar o acesso, manuseamento e aplicação de alguns instrumentos utilizados na avaliação multidimensional da pessoa idosa, foi realizada uma compilação dos diferentes instrumentos, com descrição individual (Apêndice V).

Resultados obtidos e aprendizagens adquiridas

Na concretização desta atividade foi elaborado um estudo de caso de uma pessoa idosa acompanhada pela ECCI, selecionada de forma intencional e consentida, através da qual se pretendeu adquirir competências na avaliação multidimensional à pessoa idosa (Apêndice VI).

A realização do estudo de caso permitiu melhorar as capacidades de observação e análise, assim como, de descrição de uma situação real, adquirindo conhecimentos e experiência que serão uteis na tomada de decisão perante outras situações.

Através da avaliação multidimensional foi possível utilizar e conhecer mais profundamente os vários instrumentos de avaliação das diferentes dimensões da pessoa idosa. Tornou visível a importância destes para uma correta avaliação e reavaliações ao longo do tempo, permitindo identificar as alterações decorrentes do processo de envelhecimento e de doença da pessoa idosa, e facilitar o delinear de um plano de cuidados individualizado. Na UD reconheço a importância de avaliar a autonomia da pessoa idosa na realização das atividades de vida diárias (Escala de Barthel) e instrumentais de vida diária (Escala de Lawton & Brody) porque permite adquirir informação pertinente para adequação da terapêutica de resgate. Por exemplo, uma pessoa idosa que apresente dificuldade no manuseamento da terapêutica, possivelmente a opção de terapêutica de resgate na apresentação de gotas não será a mais indicada, acrescentando o facto de existir eventualmente,

pelo processo de envelhecimento, alterações da coordenação motora fina ou de visão.

Conhecer e compreender a intervenção da UCC a nível dos CSP e sua articulação entre as Unidades de Saúde do ACES e hospital de referência

Encontrou-se na equipa de enfermagem da ECCI um cuidado em identificar nas pessoas idosas situações de dor não controlada, através da avaliação da dor e ensino sobre a terapêutica analgésica de base prescrita, assim como da terapêutica de resgate. Realizam igualmente intervenções preventivas e não farmacológicas para controlo de dor provocada por exemplo, pela imobilidade.

A realização do estágio contribuiu para reforçar a colaboração entre CSP e cuidados de saúde diferenciados, nomeadamente entre ECCI e UD, uma vez que colaboram para um mesmo objetivo, o controlo de dor, contribuindo para a saúde e bem-estar da pessoa e população, apesar de culturas organizacionais e missões distintas.

Conhecendo melhor a organização dos serviços de saúde na área dos CSP, será possível melhorar o acesso, a continuidade e a efetividade dos cuidados de saúde prestados à pessoa idosa com dor irruptiva.

Resultados obtidos e aprendizagens adquiridas

Conhecer presencialmente os profissionais da equipa da ECCI permitiu fortalecer a relação entre serviços e a sua acessibilidade, perspetivando a promoção da saúde e qualidade de vida das pessoas idosas.

Foi reforçado o contacto telefónico da UD junto dos elementos de enfermagem da ECCI como meio de garantir a continuidade de cuidados, ajudar no controlo da dor crónica e irruptiva, efetuar a identificação precoce de efeitos colaterais dos tratamentos e da terapêutica (Martins & Lopes, 2010).

Realização de sessão de formação a 16/12/2015 sobre a pessoa idosa com dor irruptiva intitulada “Pessoa Idosa com Dor Iruptiva: Intervenção de Enfermagem ”

A temática da sessão foi proposta pela enfermeira orientadora, de acordo com as necessidades sentidas pela equipa. Foram debatidos temas como o envelhecimento e a dor crónica à luz do modelo das Transições (Meleis, 2010) e do

Modelo de Acompanhamento à pessoa com dor crónica de Ribeiro (2013), as implicações da dor crónica na qualidade de vida na pessoa idosa, dor irruptiva e a sua avaliação, e terapêutica de resgate (Apêndice VII). A participação dos elementos da equipa foi positiva e colocaram várias questões relativas à sua realidade e prática de cuidados.

Resultados obtidos e aprendizagens adquiridas

A realização da sessão de formação contribuiu para aprofundar conhecimentos sobre o modelo das Transições (Meleis, 2010).

As pessoas idosas com dor crónica e irruptiva encontram-se em qualquer contexto, assim, os cuidados de enfermagem são prestados tanto a nível dos CSP como a nível dos cuidados diferenciados, daí que foi importante a apresentação do modelo das Transições de Meleis (2010) e Modelo de Acompanhamento à pessoa com dor crónica de Ribeiro (2013) à equipa de enfermagem da ECCI. Este modelo de cuidados de enfermagem no acompanhamento da pessoa com dor crónica tem como foco de atenção, as transições que estão associadas a mudanças que ocorrem ou podem ocorrer na pessoa idosa, resultantes do processo de viver com dor. Deste modo, foi fundamental conhecer as condições que podem influenciar a qualidade da experiência de transição e suas consequências, para a determinação de um plano de cuidados individualizado para a pessoa idosa e sua família.

Reuniões de análise reflexivas da prática com os enfermeiros

Diariamente é realizada a passagem de informação entre os elementos da equipa relativamente às necessidades e cuidados à pessoa e cuidador familiar, e quinzenalmente a realização de uma reunião de trabalho. Estas reuniões têm como objetivos assegurar a continuidade de cuidados, e promover a qualidade dos cuidados enquanto momento de análise das práticas e de formação diante de cada situação. Esta passagem de informação é complementar à informação escrita.

Resultados obtidos e aprendizagens adquiridas

Os momentos da passagem de informação demonstraram um cuidado de enfermagem centrado na pessoa, na medida em que é tida em conta a singularidade da pessoa idosa. Esta é o centro de interesse dos cuidados dos enfermeiros que pretendem apoiar e ajudar a obter níveis de bem-estar e conforto superiores ao que

possui, ajudando-a a gerir e lidar com a situação de doença, no contexto do seu projeto de vida (Gomes, 2013).

Outro aspeto ao qual os enfermeiros dão extrema importância é a promoção da autonomia e independência da pessoa idosa tendo em conta as suas capacidades. Procuram capacitar a pessoa idosa, desenvolvendo as suas potencialidades que permitam agir e decidir, de acordo com o perfil de dependência e independência da pessoa idosa nas atividades de manutenção de vida (Gomes, 2013).

No quadro 3 encontra-se, também na fase de diagnóstico, o objetivo específico proposto e atividades realizadas durante o estágio na UD.

Quadro 3 Objetivo e atividades desenvolvidas na fase de diagnóstico – **Unidade Dor**

Objetivo Específico	Contribuir para o desenvolvimento de competências da equipa de enfermagem nos cuidados à pessoa idosa/família, no controlo da dor irruptiva através do processo de Parceria
Atividades:	<ol style="list-style-type: none">1. Elaboração conjunta de um Guião do Modelo de Parceria à Pessoa Idosa com Dor Crónica / Iruptiva2. Elaboração de Grelha de Observação dos Registos de Enfermagem na Consulta Telefónica/ Presencial tendo por base o guião acima referido3. Colheita de dados dos registos de enfermagem na Consulta Telefónica / Presencial de 05 a 16-104. Análise dos resultados dos Registos de Enfermagem na Consulta Telefónica / Presencial 23-105. Elaboração de instrumento colheita de dados para as narrativas das enfermeiras6. Elaboração de questionário realizado às enfermeiras7. Sensibilização e entrega do Instrumento de Colheita de Dados das narrativas e questionários, e recolha dos mesmos8. Análise de conteúdo das narrativas e questionários das enfermeiras à luz do guião do Modelo de Parceria a 26-11

Elaboração conjunta de um Guião do Modelo de Parceria à Pessoa Idosa com Dor Crónica / Iruptiva

Após a realização do enquadramento conceptual pareceu pertinente desenvolver um guião para colheita de dados com o intuito de conhecer a pessoa idosa com dor irruptiva e sua família, com base nos atributos do modelo de parceria e de acordo com os elementos próprios de cada uma das fases de construção do processo na promoção do cuidado de Si (Gomes, 2013).

O guião desenvolvido (Apêndice VIII) abarcou conhecimentos da pessoa nos seus diversos domínios, e foram definidos elementos para cada domínio de acordo

com as 5 fases constituintes do processo de construção de parceria, e que se resume de seguida:

- Fase revelar-se: o enfermeiro dá-se a conhecer à pessoa idosa; conhecer a identidade da pessoa idosa; conhecer o contexto de vida da pessoa idosa; conhecer a história da doença da pessoa idosa; conhecer a história da dor da pessoa idosa.

- Fase envolver-se: conhecer a singularidade do processo de envelhecimento da pessoa; conhecimento mútuo dos recursos da UD e da pessoa idosa.

- Fase capacitar ou possibilitar: partilhar o poder para a construção ação conjunta- promover o cuidado de si; promover o cuidado do outro.

- Fase comprometer-se: o enfermeiro promove o desenvolvimento de competências para agir e decidir/possibilitar o cuidado de si; o enfermeiro promove o desenvolvimento de competências para agir e decidir/possibilitar o cuidado do outro.

- Fase assumir o controlo do cuidado de si próprio ou assegurar o cuidado do outro: assumir ou assegurar o cuidado de si; assumir ou assegurar o cuidado do outro.

De salientar que a elaboração deste guião foi realizada em colaboração com uma colega da UD que se encontra igualmente neste percurso académico, tornando-se um fator facilitador para sua construção, pelos momentos de reflexão conjunta e troca de ideias.

Resultados obtidos e aprendizagens adquiridas

A construção deste guião permitiu aumentar os conhecimentos sobre a forma de operacionalizar o conceito de parceria nos cuidados à pessoa idosa. Também a reflexão decorrente da sua elaboração e o confronto entre teoria e prática, permitiu compreender o significado da pessoa idosa como ser de projeto e de cuidado tendo em vista o seu potencial de desenvolvimento e, a importância de estabelecer uma relação de confiança promotora do cuidado de Si na dor irruptiva (Gomes, 2013).

Elaboração de Grelha de Observação dos Registos de Enfermagem na Consulta Telefónica/ Presencial tendo por base o guião acima referido

Na 1ª consulta na UD, o doente e/ou cuidador familiar são informados do contacto telefónico disponível para esclarecimento de dúvidas, dor não controlada, presença de efeitos secundários, solicitação de terapêutica para manutenção do regime medicamentoso, entre outros assuntos que considerem pertinentes.

Após a 1ª consulta todos os contactos realizados pelo doente/cuidador familiar com a UD são registados em folha própria denominada Folha de Registo de Consulta Telefónica/ Presencial (Anexo I), construída pela equipa multidisciplinar. O atendimento da consulta telefónica/ presencial é realizado por uma das enfermeiras, que faz a triagem do motivo do contato e adequado encaminhamento da situação.

Após a reflexão para a elaboração do guião do processo de Parceria à pessoa idosa com dor irruptiva, foi construída uma grelha de observação dos registos de enfermagem nas consultas telefónicas / presenciais realizadas na UD com o objetivo de conhecer a relação entre enfermeiro e pessoa idosa com dor irruptiva, como promotora de um cuidado de Si (Apêndice IX). Foram tidas em conta as características de cada fase do processo de construção do modelo de Parceria (Gomes,2013):

- *fase revelar-se*: dar-se a conhecer através da identidade da pessoa idosa e identidade da enfermeira;

- *fase envolver-se*: conhecer o contexto de vida da pessoa idosa (quem contacta a Unidade); enfermeira identifica o motivo do contacto, avalia a dor da pessoa idosa; procura conhecer o que a pessoa/ cuidador familiar sabe sobre o regime medicamentoso; a enfermeira procura conhecer o que a pessoa idosa / cuidador familiar sabe sobre a terapêutica de resgate;

- *fase capacitar ou possibilitar*: a enfermeira promove o cuidado de Si na pessoa idosa; a enfermeira promove o cuidado do Outro no familiar cuidador; a enfermeira articula-se com outros profissionais de saúde consoante as necessidades da pessoa idosa /cuidador familiar;

- *fase comprometer-se*: a enfermeira promove o desenvolvimento de competências para agir e decidir/possibilitar o cuidado de Si; a enfermeira promove o desenvolvimento de competências para agir e decidir/possibilitar o cuidado do Outro;

- *fase assumir o controlo do cuidado de si próprio ou assegurar o cuidado do outro*: assumir e assegurar o controlo do cuidado de Si; assumir e assegurar o controlo do cuidado o Outro.

Resultados obtidos e aprendizagens adquiridas

A elaboração desta grelha contribuiu para a consciencialização da ação das enfermeiras como promotoras do desenvolvimento de Si, ajudando as pessoas

idosas a lidar e gerir a sua situação de dor irruptiva não descurando o seu projeto de vida. Estas asseguram que a pessoa idosa seja capaz de ter domínio sobre a situação e apresentam-se como um recurso. A existência e disponibilidade do contato telefónico da UD torna-se um grande apoio transmitindo confiança e tranquilidade às pessoas idosas, pois sabem que no caso de precisarem poderão contar com esse recurso. Esta grelha ao incluir os elementos descritos acima contribuiu para a realização do diagnóstico de situação relativamente aos registos relativos à intervenção de enfermagem na promoção do cuidado de Si à pessoa idosa com dor irruptiva.

Colheita de dados e análise dos resultados dos registos de enfermagem na Consulta Telefónica / Presencial

Foi programada a recolha de dados relativos aos registos de enfermagem da Consulta telefónica/ presencial, ainda antes da apresentação e divulgação do projeto à equipa de enfermagem de forma a não deturpar os resultados. Foi realizada a colheita de dados de todos os registos de enfermagem das consultas realizadas, telefónica ou pessoalmente, por contacto do próprio doente ou do cuidador familiar, à UD no período entre 05 a 16 de outubro de 2015 (10 dias úteis). Foram contabilizados 74 registos da folha de contato telefónico/presencial, mas foram analisados apenas os registos identificados como pertencendo a pessoas idosas (65 ou mais anos), dada a especificidade deste projeto na pessoa idosa, sendo 24 o seu total (Apêndice X).

Resultados obtidos e aprendizagens adquiridas

A análise dos resultados tinha como objetivo conhecer a prática de cuidados existente tendo como modelo norteador o modelo de Parceria (Gomes, 2013). Da análise realizada salientaram-se os seguintes dados tendo em contas as fases que compõem a construção do processo de Parceria (Gomes, 2013):

- 1ª fase *revelar-se*, verificou-se que era dada importância à identidade da pessoa idosa e da enfermeira que faz o atendimento, estando completos a maioria dos registos;
- 2ª fase *envolver-se* na qual o enfermeiro partilha informação com o doente e procura ir ao encontro do seu projeto de vida e de saúde, constatou-se nos registos que a enfermeira procurou conhecer o motivo do contato da pessoa

idosa com a UD, avaliando a dor através da sua caracterização, e procurou também conhecer o que a pessoa idosa sabia sobre o seu regime terapêutico. No entanto os registos não espelharam as informações necessárias para uma adequada avaliação da dor nem os conhecimentos da pessoa idosa sobre a sua terapêutica de base e, se esta é feita corretamente para manter a dor controlada. Relativamente à terapêutica de resgate verificou-se que existia uma maior atenção na determinação dos conhecimentos sobre qual a terapêutica de resgate, se esta era feita de acordo com a prescrição e qual a sua eficácia no controlo da dor;

- 3ªfase *capacitar / possibilitar* que se traduz pelo desenvolvimento pela enfermeira, de um processo informado, reflexivo e negociado que permita o desenvolvimento de capacidades potenciais em reais para que a pessoa idosa com dor irruptiva possa assegurar o cuidado de Si verificou-se um número reduzido de registos em relação à partilha de informação e conhecimento da enfermeira com a pessoa idosa com dor irruptiva, mas sobressaiu nos registos a importância sobre o encaminhamento da situação para outros profissionais, nomeadamente para o médico da UD;

- 4ªfase *comprometer-se* implica a concretização de objetivos definidos, e na capacitação da pessoa idosa para controlar a dor irruptiva, para atingir esse objetivo, a enfermeira procura suportar esse compromisso através da validação das intervenções realizadas pela pessoa idosa no controlo da dor irruptiva, e também através da disponibilização da consulta telefónica ou presencial. Através da análise dos indicadores e resultados obtidos, verificou-se que os doentes apresentam iniciativa para solicitar ajuda à UD, assim como, conhecimento sobre os meios pelo qual podem solicitar essa mesma ajuda, a enfermeira por sua vez validou as intervenções realizadas pela pessoa idosa no controlo da dor irruptiva;

- 5ªfase *assumir o controlo de Si / assegurar o cuidado do Outro*, significa que a pessoa idosa consegue gerir a sua situação e consegue tomar decisões sobre o seu projeto de vida ou o cuidador familiar adquire a capacidade de ajudar a cuidar da pessoa idosa. Foi possível constatar que não existia registo sobre os conhecimentos da pessoa idosa na autoavaliação da dor, assim como não existia registo sobre o conhecimento da terapêutica de base. Existiam no entanto, registos que evidenciavam a autonomia na gestão da terapêutica de resgate e sobre os meios para contactar com a UD.

Como resultados finais da análise produzida pôde concluir-se que:

- existia desconhecimento e/ou desvalorização por parte das enfermeiras na avaliação e registo da dor irruptiva;
- existiam registos insuficientes em relação à partilha de informação e conhecimento da enfermeira com a pessoa idosa com dor irruptiva ou seu cuidador familiar;
- os registos não refletiam as competências de enfermagem presentes na prática de cuidados perante a pessoa idosa com dor crónica e irruptiva, nomeadamente nos domínios da função de ajuda, gestão eficaz de situações de evolução rápida e assegurar e vigiar a qualidade dos cuidados (Benner,2001).

Como enfermeira em exercício na UD fiquei surpreendida com os resultados obtidos, uma vez que os registos não transparecem a prática de enfermagem do serviço. Esta situação apenas reforça a ideia que os registos de enfermagem são elementos que devem ser valorizados na procura da excelência do exercício profissional, pois a existência de um registo sistemático que incorpore as necessidades dos cuidados, as intervenções de enfermagem e os resultados obtidos propiciam cuidados de qualidade (OE, 2001).

Elaboração de questionário e de instrumento colheita de dados para as narrativas das enfermeiras e análise de conteúdo

O questionário realizado às enfermeiras teve como objetivo identificar os seus conhecimentos teóricos relativamente às temáticas da dor irruptiva e terapêutica de resgate, e as narrativas tiveram como finalidade determinar as práticas de enfermagem à pessoa idosa com dor irruptiva na UD.

O questionário foi constituído por 2 questões abertas relativamente ao conhecimento teórico sobre dor irruptiva e terapêutica de resgate. Na narrativa foi solicitado às enfermeiras a realização de uma narrativa reflexiva recordando uma situação com uma pessoa idosa com dor irruptiva, e ainda sugestões de melhoria para uma intervenção em processo de parceria com a pessoa idosa com dor irruptiva para assumir o Cuidado de Si (Apêndice XI).

O questionário e a narrativa foram aplicados a 3 enfermeiras, ficando excluída eu própria, e a enfermeira responsável do serviço pelo seu envolvimento na realização do projeto (Apêndice XII).

A opção de aplicar um questionário às enfermeiras foi motivada pelo facto de este permitir colher informação sobre situações conhecidas e, através da sua apresentação uniformizada e ordem idêntica de perguntas para todas as enfermeiras poder facilitar comparações entre respostas dadas, para além de que, pelo anonimato das respostas podem exprimir mais livremente as suas opiniões mais pessoais (Fortin, 1999). A decisão sobre a realização de uma narrativa reflexiva prendeu-se com o facto de apresentar um potencial formativo elevado no desenvolvimento de práticas de reflexão e consequentemente desenvolvimento profissional (Vieira & Moreira, 2011).

Resultados obtidos e aprendizagens adquiridas

Da análise dos questionários e narrativas das enfermeiras sobressaíram alguns resultados merecedores de atenção:

- o conceito de dor irruptiva não estava explícito;
- não referiram qualquer diferenciação entre terapêutica de resgate e terapêutica em SOS, assim como, dos elementos que caracterizam os conceitos;
- o cuidado de enfermagem através das intervenções descritas pelas enfermeiras tem por objetivo a capacitação da pessoa idosa com dor irruptiva no cuidado de Si, embora não esteja explícito e, nem por todas as enfermeiras;
- não se identificou nenhuma referência teórica na prática de enfermagem.

Os dados revelaram que a intervenção de enfermagem não era realizada de uma forma uniforme, mas apresentavam uma intenção de construção de uma relação de parceria com a pessoa idosa / cuidador familiar na promoção do cuidado de Si (Apêndice XIII).

A análise do questionário e das narrativas das enfermeiras contribuiu assim, para a identificação das necessidades de formação da equipa e dessa forma poder melhorar o cuidado de enfermagem na UD na promoção do cuidado de Si na pessoa idosa com dor irruptiva, ajudando-a a gerir e lidar com a situação de doença, no contexto do seu projeto de vida.

2.4.2. Fase de Implementação

No quadro 4 encontram-se, um dos objetivos específicos propostos e atividades realizadas durante o estágio na UD, na fase de implementação.

Quadro 4 Objetivo e atividades desenvolvidas na fase de implementação – **Unidade Dor**

Objetivo Específico	Intervir na promoção do cuidado de Si, em processo de parceria, com a pessoa idosa/ família em contexto comunitário na dor irruptiva em Cuidados de Saúde primários
Atividades:	<ol style="list-style-type: none">1. Prestação de cuidados de enfermagem em parceria com a pessoa idosa/família na promoção do Cuidado de Si, na dor irruptiva<ul style="list-style-type: none">• Entrevistas à pessoa idosa, para a compreensão da sua especificidade e o impacto da dor irruptiva na sua vida• Avaliação multidimensional da pessoa idosa

Prestação de cuidados de enfermagem em parceria com a pessoa idosa/família na promoção do Cuidado de Si, na dor irruptiva

O estágio na UD teve início a 28 de setembro de 2015, serviço onde trabalho desde há cerca de 8 anos. Pretendia-se intervir como enfermeira especialista na promoção do cuidado de Si, em parceria com a pessoa idosa com dor irruptiva, com a aplicação prática de todo o conteúdo apreendido durante o curso de pós-especialização.

Resultados obtidos e aprendizagens obtidas

A concretização prática da teoria apreendida através da operacionalização do modelo de Parceria permitiu compreender os dois elementos essenciais para a construção de uma relação de parceria: ver a pessoa idosa como um ser de projeto e de cuidado e, ter tempo e espaço para contribuir para a construção de uma relação de qualidade (Gomes, 2013).

A condição de ver a pessoa idosa como ser de projeto e de cuidado leva a que se considere o seu potencial de desenvolvimento para o cuidado de Si na dor irruptiva, considerando a sua singularidade na ação de cuidados (Gomes, 2013). A pessoa que vive com dor irruptiva sente-a à sua maneira, de acordo com os significados que dá à mesma, pelo que se deve ter em consideração o que motiva e dá força à pessoa idosa para que se possa prestar cuidados de enfermagem que visem a capacitação da pessoa para assumir o cuidado de Si (Gomes, 2009, 2013).

O outro elemento essencial na construção de uma relação de parceria é tempo para construir uma relação de qualidade. Pretende-se que exista respeito pela identidade da pessoa idosa, do seu espaço de intimidade, de um espaço seguro para a realização do cuidado e na importância do enfermeiro se conhecer (Gomes, 2013). Nesta abordagem, a enfermeira deve demonstrar afetividade, disponibilidade e se centre na necessidade da pessoa tendo em conta o seu projeto de vida e de saúde.

- *Entrevistas à pessoa idosa, para a compreensão da sua especificidade e o impacto da dor irruptiva na sua vida*

A habilidade do entrevistador desenvolve-se com a prática (Fortin, 1999; Marconi & Lakatos, 2003). De facto, as entrevistas realizadas para a realização do estudo de caso no contexto de UD foram facilitadas uma vez que já detinha conhecimentos teóricos sobre as condições necessárias para a preparação e desenvolvimento da entrevista. Nomeadamente: ter em vista o objetivo a ser alcançado, conhecimento prévio com o entrevistado, oportunidade da entrevista, condições favoráveis à entrevista, preparação e organização das questões; conhecimento prévio do local para a entrevista (Marconi & Lakatos, 2003).

Para a realização das entrevistas foi selecionada uma pessoa idosa que regularmente se deslocava ao hospital de dia da UD para a realização de Estimulação Muscular de Alta Frequência (EMAF), que se trata de um tratamento não farmacológico para controlo da dor neuropática periférica diabética. O tratamento tinha a duração de 30 minutos e já existia conhecimento prévio da pessoa idosa, proporcionando as condições favoráveis à realização da entrevista, pelo que foi colocada a sugestão de participar, à qual acedeu.

Resultados obtidos e aprendizagens adquiridas

Através da entrevista foi possível obter dados que nos permitiu compreender o processo de parceria entre enfermeira e pessoa idosa na relação de cuidados, tendo em conta as fases da sua construção (Gomes, 2013).

Durante a realização das entrevistas procurou-se criar um ambiente amigável, calmo, criando privacidade uma vez que os dados obtidos e a sua qualidade dependem da relação de confiança estabelecida entre o entrevistado e o entrevistador (Marconi & Lakatos, 2003). Procurou-se uma atitude empática, demonstrando interesse, respeitando o tempo e curso de ideias da pessoa,

clarificando, introduzindo ou direcionando alguns temas de acordo com o objetivo da entrevista.

- *Avaliação multidimensional da pessoa idosa*

Para planejar intervenções específicas que visem identificar fatores de risco relacionados com a incapacidade, e simultaneamente poder atuar a nível da promoção da saúde e prevenção de doenças que interferem com a capacidade funcional das pessoas idosas é importante a avaliação multidimensional. As medidas de avaliação multidimensionais são as mais adequadas para este propósito, pois estes instrumentos de avaliação têm em consideração a multiplicidade de diagnósticos de saúde a que as pessoas idosas estão sujeitas, permitindo avaliar não só a sua saúde física mas também a sua saúde mental, recursos sociais, recursos económicos e Atividades de Vida Diária (Rodrigues *et al.*, 2015).

Resultados obtidos e aprendizagens adquiridas

Para a concretização desta atividade foi elaborado um estudo de caso de uma pessoa idosa acompanhada pela UD, selecionada de forma intencional, e através da qual se pretendeu desenvolver e melhorar competências na avaliação multidimensional à pessoa idosa (Apêndice XIV). A elaboração deste segundo estudo de caso demonstrou a importância do conhecimento da pessoa idosa na sua multidimensionalidade para a construção de um cuidado em parceria, que permita identificar e promover capacidades potenciais em capacidades reais, com o sentido de capacitar a pessoa idosa para promoção do cuidado de Si na dor irruptiva.

No quadro 5 encontra-se, o segundo objetivo proposto e atividades realizadas durante o estágio na UD, na fase de implementação.

Quadro 5 Objetivo e atividades desenvolvidos na fase de implementação – **Unidade Dor**

Objetivo Específico Contribuir para o desenvolvimento de competências da equipa de enfermagem nos cuidados à pessoa idosa/família, no controlo da dor irruptiva através do processo de Parceria

Atividades:

1. Apresentação e divulgação do projeto e dos resultados obtidos à equipa de enfermagem
2. Sessões de Formação:
 - “Cuidado centrado na pessoa idosa com dor crónica: qual o contributo dos modelos teóricos da enfermagem?” a 08-01-2016
 - “Pessoa Idosa com Dor Iruptiva: Intervenção de Enfermagem” a 16-01-2016
 - “Avaliação Multidimensional na Pessoa Idosa...com dor crónica” a 22-01-2016
 - Análise e reflexão do capítulo 8 “*Como fazer uma entrevista de 15 minutos (ou menos) com a família*” do livro “Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família” de Wright & Leahey (2009)
3. Alteração e implementação da folha registos de enfermagem da Consulta Telefónica / Presencial

Apresentação e divulgação do projeto e dos resultados obtidos à equipa de enfermagem

Foi realizada a 21 de dezembro a apresentação e divulgação do projeto e, dos resultados obtidos na fase de diagnóstico à equipa de enfermagem, com os seguintes objetivos:

- apresentar os resultados de diagnóstico de situação sobre os registos de enfermagem, questionário e narrativas reflexivas realizadas às enfermeiras da UD sobre a pessoa idosa com dor irruptiva;
- refletir sobre os resultados apresentados e reconhecer em equipa as áreas potenciais de melhoria e definir estratégias para a melhoria da intervenção perante a pessoa idosa com dor irruptiva;
- sensibilizar a equipa de enfermagem da UD para o tema do projeto de estágio.

Resultados obtidos e aprendizagens adquiridas

A aprovação do tema e pertinência do projeto foi aceite de imediato por parte da equipa, uma vez que todos os elementos validaram a importância do tema. As opiniões e ideias mesmo que divergentes são fonte de crescimento e desenvolvimento individual e do grupo, assim, após reflexão e discussão conjunta resultaram duas sugestões:

- **Alteração da folha de registos** com a introdução de algumas questões para colocar à pessoa quando contacta o serviço, de forma a obter informação que se considera importante na avaliação da dor irruptiva e,
- Reconhecimento do máximo interesse e pertinência **da realização de formação relacionada com os conceitos - chave**: dor irruptiva, terapêutica de resgate e SOS, para uma melhor intervenção junto da pessoa idosa com dor irruptiva. Foi planeada nova sessão de formação com o intuito de clarificar conceitos, agendada para 15 de janeiro de 2016, às 14:00 (Apêndice XV).

A preparação da sessão de formação permitiu alargar os meus conhecimentos relativamente à educação de adultos através da pesquisa bibliográfica realizada dando-me a conhecer alguns autores e teorias nessa área. Knowles⁷ foi um desses autores, e faz a distinção de dois conceitos: pedagogia e andragogia. Segundo o autor, o modelo pedagógico atribui ao docente total responsabilidade para tomar todas as decisões sobre o conteúdo da aprendizagem, método, cronograma e avaliação. Por outro lado, o modelo andragógico enfatiza a educação de adultos associada aos seguintes pressupostos: *a necessidade de saber*, o adulto precisa saber por que deverá aprender algo antes de começar a aprender de fato e avaliar quais são os benefícios em termos de qualidade de vida ou melhoria no desempenho profissional; *autoconceito*, o adulto vê-se como responsável por sua própria vida e por suas decisões, e quer ser visto e tratado pelos outros como capaz de se autodirigir; *experiência*, o adulto acumula um conjunto de experiências que se torna uma fonte inesgotável de aprendizagem e por essa razão o ênfase da educação de adultos deve estar nas técnicas que partem da experiência dos aprendizes para realizar discussões em grupo, atividades de resolução de problemas, estudos de caso em vez de técnicas meramente transmissivas; *prontidão para aprender* os adultos têm mais prontidão para aprender aquilo que poderá ajudá-lo a solucionar problemas da vida real; *orientação para aprender* a perspectiva temporal do adulto está focada na aplicação imediata do conhecimento; e *motivação*, os adultos respondem melhor aos motivadores internos do que aos

⁷ Malcolm Shepherd Knowles (1913-1997). Knowles é considerado a figura central na educação de adultos nos Estados Unidos, tendo exercido enorme influência na segunda metade do século XX. Diretor da *American Adult Education Association*, defendia uma mudança de orientação nas ações educacionais voltadas aos adultos: da noção de "educar pessoas" para "ajudá-las a aprender".

externos, como, maior autoestima, maior satisfação no trabalho, em prol de melhores cargos ou promoções (Knowles, Holton & Swanson, 2005, 2009).

Como conclusão, nós adultos, só aprendemos aquilo a que atribuímos algum valor e utilidade para nossas vidas. Daí a importância da motivação e inclusão da equipa de enfermagem através da apresentação dos resultados da nossa prática, realizando o diagnóstico das necessidades através de uma avaliação mútua, procurando definir objetivos e atividades através de negociação e posterior avaliação.

Sessões de Formação

Decorrente do que tinha sido proposto na sessão de apresentação do projeto à equipa de enfermagem foi elaborada a sessão de formação com o objetivo de clarificar e consolidar os conceitos de dor irruptiva e terapêutica de resgate com a equipa de enfermagem, e promover mudança para melhoria das práticas de enfermagem em parceria com a pessoa idosa com dor irruptiva reformulando a folha de registos de Consulta Telefónica/Presencial (Apêndice XVI). Foram destacadas competências de enfermagem nos domínios de função ajuda, de educação e de guia e, de assegurar a qualidade dos cuidados de saúde, como estando implícitas na intervenção de enfermagem, e contribuindo para a melhoria contínua da qualidade de vida da pessoa idosa com dor irruptiva de acordo com o seu projeto de vida e saúde (Benner, 2001; Gomes, 2013). Foi também apresentada a versão teste da folha de Consulta Telefónica/Presencial de acordo com as alterações sugeridas na última sessão pelos elementos da equipa.

Paralelamente foram programadas 3 sessões de formação em serviço com a intenção de ampliar o conhecimento da equipa de enfermagem relativamente ao cuidado em parceria com a pessoa idosa com dor crónica e irruptiva, tendo em conta a sua singularidade. Esta planificação e preparação das sessões foram realizadas em conjunto com a enfermeira a fazer o mesmo percurso, pois a necessidade de aprofundamento da temática era comum no nosso percurso académico, assim como, a prática de enfermagem na UD. Foram realizadas as seguintes sessões de formação:

- “Cuidado centrado na pessoa idosa com dor crónica: qual o contributo dos modelos teóricos da enfermagem?”, como forma de promover a reflexão sobre

teóricos norteadores do cuidado de enfermagem à pessoa idosa com dor crónica e irruptiva. Apesar do modelo de Parceria (Gomes, 2013) nortear o nosso projeto considerou-se pertinente o seu aprofundamento e reflexão através da prática com as enfermeiras de forma a proporcionar oportunidades de melhoria na construção da parceria na promoção do cuidado de Si, ou assegurar o cuidado do Outro.

- “Avaliação multidimensional da pessoa idosa...com dor crónica”, foi definido como objetivo contribuir para o aprofundamento de conhecimentos na equipa de enfermagem sobre a avaliação multidimensional da pessoa idosa com dor crónica e irruptiva. Foram abordados temas como conceito de saúde, funcionalidade, autonomia e independência na pessoa idosa de acordo com Moraes (2012). Foram apresentados instrumentos de avaliação multidimensionais da pessoa idosa, e suas vantagens na capacitação da pessoa idosa a assumir o cuidado de Si, prosseguindo o seu projeto de vida e saúde como refere Gomes (2013), olhando em particular para a pessoa idosa com dor crónica e irruptiva.

- Foi proposto às enfermeiras a análise do capítulo 8 “*Como fazer uma entrevista de 15 minutos (ou menos) com a família*” do livro “Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família” de Wright & Leahey (2009). A escolha da temática prendeu-se com o fato do texto apresentar informações essenciais que podem ajudar na entrevista com a pessoa idosa e família, contribuindo para uma intervenção profissional terapêutica. Com esta reunião reflexiva foi possível compreender e identificar elementos que constituem a primeira fase do modelo de Parceria, revelar-se, em que a enfermeira dá-se a conhecer (Gomes, 2013).

Resultados obtidos e aprendizagens adquiridas

Na formação realizada houve a preocupação de refletir sobre a prática de enfermagem, procurando novas formas e enfoques que permitissem potenciar o desenvolvimento de competências dos profissionais e dessa forma proporcionar uma formação para a excelência de cuidados.

A escolha de metodologia de *focus group* para as sessões de formação justifica-se por privilegiar a observação e o registo de experiências e reações dos participantes do grupo, que não seriam possíveis de captar por outros métodos (Galego & Gomes, 2005).

Alteração e implementação da folha registos de enfermagem da Consulta Telefónica / Presencial

Foi realizada a alteração da folha de registos de enfermagem de acordo com os parâmetros sugeridos na sessão de formação de apresentação do projeto e dos resultados dos registos de enfermagem iniciais. Assim, foram introduzidos e organizados indicadores que pudessem proporcionar o registo de intervenções de enfermagem em parceria com a pessoa idosa na capacitação para assumir o cuidado de Si na dor irruptiva. De acordo com o processo de parceria de Gomes (2013), na fase *envolver-se*, em que a enfermeira demonstra capacidade técnica e conhecimentos para compreender e avaliar a situação da pessoa idosa, ou seja, na avaliação e interpretação dos diferentes tipos de dor que permitam uma correta interpretação e avaliação da dor irruptiva, foram introduzidos campos de avaliação da dor basal e dor irruptiva na folha de registos. Na fase *possibilitar /capacitar*, em que a enfermeira desenvolve um processo informado, esclarecido, reflexivo e negociado, ou seja na procura de ajudar a pessoa a compreender e lidar com a sua dor crónica e irruptiva, demonstrar a importância e necessidade da terapêutica de base e de resgate, foram introduzidos campos para avaliação e compreensão dos motivos que levam a pessoa idosa a não cumprir a terapêutica prescrita (Apêndice XVII). Foi iniciada a implementação da folha versão teste a 25 de janeiro de 2016.

Resultados obtidos e aprendizagens adquiridas

Esta atividade foi bastante enriquecedora, pela mobilização de conhecimentos que esteve implícita, assim como pela operacionalização do modelo de parceria na sua elaboração.

A proposta apresentada foi aceite com interesse e expectativa pelos elementos de enfermagem, no entanto, a alteração de um instrumento pré- existente e ao qual a equipa já estava adaptada, foi um desafio.

Através da alteração proposta pretendeu-se incorporar um melhor conhecimento da pessoa idosa com dor irruptiva de forma a possibilitar um cuidado centrado na pessoa idosa, e que as intervenções realizadas apresentassem a intencionalidade de capacitar para o controlo da sua dor irruptiva, de modo a prosseguir com o seu projeto de vida, qualquer que seja, e de acordo com a sua circunstância (Gomes, 2013).

2.4.3. Fase de Avaliação

No quadro 6 encontra-se, o objetivo específico proposto e atividades realizadas durante o estágio na UD, na fase de avaliação.

Quadro 6 Objetivo e atividades desenvolvidas na fase de avaliação – **Unidade Dor**

Objetivo Específico Contribuir para o desenvolvimento de competências da equipa de enfermagem nos cuidados à pessoa idosa/família, no controlo da dor irruptiva através do processo de Parceria

Atividades:

1. Análise final dos registos de enfermagem na Consulta Telefónica / Presencial
2. Elaboração e análise de narrativas orientadas às enfermeiras
3. Divulgação dos resultados obtidos à equipa de enfermagem

Análise final dos registos de enfermagem na Consulta Telefónica/ Presencial

A análise dos registos de enfermagem permitiu perceber se ocorreram mudanças relativamente aos registos, dando visibilidade à capacitação, promoção de autonomia e no assumir o cuidado de Si fundamentados nas fases do modelo de Parceria, comparativamente aos registos iniciais. Recorreu-se à mesma grelha de indicadores, evitando alterações na sua análise. A recolha de dados realizou-se no mês de janeiro por um período de 10 dias úteis e foram analisados 23 registos identificados como pertencendo a pessoas idosas (65 ou mais anos) (Apêndice XVIII).

Resultados obtidos e aprendizagens adquiridas

Nesta fase de avaliação final dos registos de enfermagem foi possível identificar uma tendência de mudança e evolução dos registos na folha de contacto de enfermagem, relativamente aos indicadores das diferentes fases do modelo de parceria (Gomes,2013).

Destacou-se uma maior evolução nos registos na 1ª fase do processo de parceria, *revelar-se*, a avaliação da dor irruptiva passou a ser melhor caracterizada, o que denota maior atenção para conhecer a história de dor da pessoa idosa e a importância que tem na capacidade de avaliar a situação com o doente. Em relação à 2ª fase, *envolver-se*, as enfermeiras demonstraram nos registos maior disponibilidade para confirmar os conhecimentos que a pessoa idosa detinha sobre o seu regime medicamentoso, e identificaram-se também alterações nas

informações solicitadas pelas enfermeiras sobre a terapêutica de base e terapêutica de resgate. Não se identificou na 3ª fase, *capacitar ou possibilitar*, melhoria significativa nos registos relativamente à partilha de informação entre enfermeira e pessoa idosa, que permita capacitar ou possibilitar a pessoa idosa a desenvolver competências para agir e decidir, podendo esta situação ser justificada pelo curto tempo projetado para a implementação do projeto. Na 4ª fase do processo de parceria, *comprometer-se*, também foi uma área que teremos que melhorar, através da validação dos conhecimentos e das intervenções realizadas pela pessoa idosa que permitam à pessoa assumir o cuidado de Si na dor irruptiva. Relativamente à 5ª e última fase do Modelo, *assumir o controlo de Si / assegurar o cuidado do Outro*, existiu um maior número de registos demonstrando que as enfermeiras contribuem para a transição de uma capacidade potencial para uma capacidade real da pessoa idosa para que consiga ter controlo do seu projeto de vida e de saúde ao assumir o cuidado de Si na dor irruptiva.

Como avaliação global, penso que a este progresso poderei atribuir às sessões de formação realizadas, pela reflexão conjunta sobre modelos de intervenção em enfermagem, o modelo de parceria, a avaliação multidimensional da pessoa idosa, dor irruptiva e terapêutica de resgate, realizadas em conjunto e colaboração da equipa de enfermagem.

Elaboração e análise de narrativas orientadas às enfermeiras

Após a implementação do projeto considerou-se pertinente perceber de que forma as enfermeiras tinham integrado os novos conhecimentos transmitidos ao longo do desenvolvimento do projeto com a implementação do cuidado em parceria enquanto intervenção de enfermagem (Apêndice XIX). A narrativa foi ponderada como a melhor abordagem, pois através desta se pode expressar a forma com se interpretam os acontecimentos. Por meio das narrativas, podemos ter acesso à experiência do outro, porém de modo indireto, pois a pessoa traz sua experiência a nós da maneira como ela a percebeu, ou melhor, da maneira como a interpretou (Silva & Trentini, 2002).

Resultados obtidos e aprendizagens adquiridas

Ao analisar o conjunto das experiências, foi possível perceber que, embora cada vivência fosse única, podiam mostrar, em sua essência, semelhanças com as

experiências de outras pessoas. Esse processo de análise das histórias facilitou a revelação/elucidação da interpretação que cada participante faz de sua experiência. No entanto, foi possível constatar que ainda existe necessidade de uma reflexão continuada e profunda após a conclusão deste percurso académico, assim como a consolidação do processo de construção de parceria com a pessoa idosa com dor irruptiva, como promotor do cuidado de Si.

Divulgação dos resultados obtidos à equipa de enfermagem

A divulgação dos resultados à equipa de enfermagem decorreu em ambiente não formal, pretendendo ser um contributo para a aquisição de conhecimentos e melhoria da qualidade na prestação dos cuidados. Através da reflexão em conjunto com a equipa dos resultados obtidos na fase de avaliação, verificou-se que a implementação do projeto foi considerado importante para os elementos da equipa, e profissionalmente relevante ao permitir novas aprendizagens.

Resultados obtidos e aprendizagens adquiridas

As enfermeiras manifestaram a forma como o modelo de parceria foi indutor para a modificação e evolução a nível das práticas de enfermagem, através de um cuidado em parceria com a pessoa idosa tendo em conta a sua singularidade com projeto de vida e saúde e com capacidades de desenvolvimento para o cuidado de Si.

O trabalho de projeto demonstrou ser um método que ao se centrar na análise e resolução de problemas em grupo, é bastante útil na evolução da enfermagem através de uma prática fundamentada que assenta na melhoria da qualidade dos cuidados (Ruivo et al, 2010).

3. REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO, LIMITAÇÕES DO PROJETO E CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA

Neste capítulo pretende-se refletir sobre as competências desenvolvidas nos vários domínios como enfermeira especialista e mestre na área médico-cirúrgica no cuidado à pessoa idosa, tendo como referência o regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (OE, 2011). São apresentadas as limitações do projeto e os contributos para a prática de cuidados.

No **domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**, procurou-se adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses das pessoas idosas de acordo com as responsabilidades profissionais sustentadas pelo Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (OE, 2012) e o código deontológico que regem a enfermagem. Estes princípios éticos e deontológicos orientaram as decisões de prestação de cuidados e foram respeitados os direitos humanos, assegurando a informação, a autodeterminação, o anonimato e a confidencialidade das pessoas idosas e famílias. Foi fomentado na equipa o respeito pelos direitos humanos nas práticas de cuidados.

O projeto desenvolvido obedece à prática profissional baseada na ética, uma vez que procura a qualidade e equidade nos cuidados, no sentido da promoção das boas práticas no cuidado às pessoas idosas com dor irruptiva.

Foram desenvolvidas competências no **domínio da melhoria da qualidade** através do desenvolvimento deste projeto, que ambicionava a melhoria dos cuidados prestados às pessoas idosas com dor irruptiva através da implementação de uma intervenção que fosse promotora de cuidados de enfermagem de excelência e cujo resultado possibilitasse o controlo da dor. Para a elaboração desta intervenção recorreu-se à evidência científica para fundamentar o percurso escolhido. Para a monitorização e a avaliação do projeto recorreu-se a instrumentos de avaliação e indicadores que permitiram a análise das práticas, para que houvesse possibilidades de melhoria (análise de registos e das práticas de enfermagem). Ao longo do percurso desenvolveu-se competências na dinamização e motivação no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas planeadas para atingir os objetivos.

O processo de parceria propiciou um ambiente terapêutico gerador de segurança e proteção da pessoa idosa, tendo sido mobilizada a equipa para o aprofundamento do seu conhecimento sobre modelo de parceria de Gomes (2013), e proporcionando condições de espaço e tempo para a construção de uma relação de confiança e em parceria com a pessoa idosa.

No **domínio da gestão de cuidados** as competências foram desenvolvidas na prestação de cuidados, procurando-se atingir a perícia nos cuidados prestados à pessoa idosa/cuidador familiar. Foi fundamental sustentar a intervenção em conhecimentos científicos, válidos e em modelos teóricos de enfermagem, em particular o modelo de Parceria de Gomes (2013). Procurou-se conhecer a pessoa idosa nas suas várias dimensões para encontrar a sua singularidade, demonstrando disponibilidade, respeitando o seu tempo e proporcionando espaço e tempo para dar-se a conhecer e estabelecer uma relação de confiança. Promoveu-se o envolvimento da pessoa idosa / cuidador familiar delineando estratégias em conjunto para a promoção do cuidado de Si, ou para assegurar o cuidado do Outro, tendo em conta o seu projeto de vida e de saúde. Incentivou-se ao desenvolvimento de competências da pessoa idosa, ajudando-a a gerir a dor irruptiva, promovendo o seu bem-estar e qualidade de vida. Também através da liderança do projeto e da implementação de uma intervenção de enfermagem em parceria com a pessoa idosa com dor irruptiva, contribuiu para a otimização dos cuidados.

No **domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**, o autoconhecimento permitiu descobrir limites pessoais, confrontando-me com situações de pressão onde a gestão de emoções e sentimentos, permitiu uma atitude adequada. Também a reflexão através das orientações tutoriais, análise sobre as práticas, percurso realizado e objetivos propostos e concretizados contribuíram para o desenvolvimento de sentido autocritico promotor de crescimento pessoal e da equipa.

O aspeto inovador da intervenção implementada gerou a importância de formação na equipa de enfermagem, fundamentada na evidência científica, contribuindo para a aquisição de conhecimentos e competências na equipa. A sua capacitação permitiu participarem de uma forma dinâmica e informada no desenvolvimento e implementação do modelo de parceria. As necessidades formativas das enfermeiras foram sendo suprimidas através de sessões de formação

e em momentos de reflexão e partilha, e na motivação continua à participação na estratégia, valorizando os seus contributos e opiniões.

3.1. Limitações do projeto

A duração do estágio foi sem dúvida uma limitação do projeto, três meses foram decididamente um curto período de tempo para a implementação de uma intervenção que visa a mudança de comportamentos e aquisição de competências na equipa e pessoa idosa com dor irruptiva. Também a inexperiência na realização de um trabalho desta natureza criou alguma expectativa e apreensão, no início do seu desenvolvimento. A minha participação como estudante no serviço foi por vezes difícil, pela dificuldade na dedicação exclusiva ao projeto delineado, causando uma sensação de sobrecarga e dificuldade em gerir o meu desempenho. No entanto este foi também um fator de crescimento pessoal, através de situações em que a gestão pessoal foi determinante para a continuidade do trabalho, desenvolvido no projeto.

Como vantagens reconheço que o facto de conhecer a equipa, a sua dinâmica e objetivos facilitou a produção de um projeto realista. O seu interesse e participação ao longo do desenvolvimento do projeto demonstram a sua motivação para a melhoria da intervenção de enfermagem e foram um grande incentivo para o desenvolvimento de competências de forma a responder às expectativas formativas. A equipa multidisciplinar também contribuiu para este projeto através da sua receptividade à temática, interesse e palavras de incentivo. A possibilidade de realização de estágio nos CSP foi facilitador para a compreensão das dificuldades dos profissionais e problemas de acessibilidade aos cuidados de saúde pelas pessoas idosas, possibilitando a melhoria da articulação entre instituições. Destaco a disponibilidade e empenho por parte das orientadoras dos locais de estágio, e professora orientadora, que incentivaram a reflexão crítica sobre a prática clínica com vista a melhoria dos cuidados de enfermagem à pessoa idosa.

3.2. Contributos para a prática

Este percurso contribuiu para a aquisição de conhecimentos que permitem continuar a dignificar a enfermagem, em particular na intervenção à pessoa idosa, fundamentada na evidência científica. Verificou-se ser também, um importante meio de transmissão dos conhecimentos aos restantes elementos da equipa no sentido de se caminhar para a excelência de cuidados. Permanece o compromisso de continuar a contribuir para uma prática de cuidados em parceria com a pessoa idosa com dor irruptiva através de integração de novos conhecimentos com a equipa de enfermagem, através de momentos de reflexão que contribuam para o nosso crescimento. Pretendo também poder colaborar na formação de futuros enfermeiros especialistas na área de enfermagem médico-cirúrgica, no cuidado diferenciado à pessoa idosa.

A elaboração deste projeto proporcionou ainda algumas sugestões para a sua continuidade, nomeadamente a realização de uma consulta de acompanhamento à pessoa com dor crónica, com o objetivo de identificar os motivos e as dificuldades que interferem na gestão do regime terapêutico da dor crónica e irruptiva.

Reconhecendo a importância da divulgação dos resultados alcançados para o desenvolvimento contínuo da profissão e tomada de decisões adequadas para a prestação de cuidados de enfermagem de excelência, considero pertinente a publicação de um artigo para a sensibilização de outros profissionais como forma de desenvolver o seu conhecimento científico e a sua aplicação prática a nível dos cuidados que prestam. Da mesma forma, a articulação com a ESEL em projetos de investigação através da UIDE permitirá contribuir para promoção de melhoria das práticas à pessoa idosa com dor crónica e irruptiva na UD.

CONCLUSÃO

A promoção do controlo da dor é recomendada como uma norma de boa prática clínica dos enfermeiros, cujo resultado é essencial para a vivência desse processo com bem-estar e qualidade de vida (OE, 2008).

O impacto da dor crónica é sobretudo relevante na pessoa idosa, pois pode ter consequências na sua autonomia e independência. Estas alterações podem interferir na capacidade da pessoa idosa gerir a sua própria vida ou cuidar de si mesmo, e consequentemente, contribuir para o agravamento das grandes síndromes geriátricas (Moraes, Marino & Santos, 2010). A pessoa idosa com dor crónica pode sofrer simultaneamente de dor irruptiva, que consiste em exacerbações transitórias de dor, apesar de medicada com terapêutica analgésica (Portenoy & Hagen, 1990; Portela, 2002). A enfermeira assume, uma importância essencial na promoção da qualidade de vida da pessoa idosa com dor irruptiva. A intervenção de enfermagem tem por objetivo capacitar a pessoa idosa para a gestão da sua dor, promovendo a sua autonomia na tomada de decisão e uma participação ativa no seu projeto de vida e saúde (Ribeiro, 2013).

A realização deste projeto surgiu como uma oportunidade para desenvolver competências de enfermeira especialista através de uma intervenção de enfermagem em parceria com a pessoa idosa, numa situação de vulnerabilidade, promover a capacitação da pessoa idosa com dor irruptiva a assumir o cuidado de Si, tendo em conta o seu projeto de vida e de saúde (Gomes, 2013).

O modelo de Parceria de Gomes (2013) ajudou na operacionalização do processo de cuidados à pessoa idosa com dor irruptiva, de acordo com as características de cada fase e tendo em conta as condições essenciais para a construção de uma relação de parceria: ver a pessoa idosa com ser de projeto e de cuidado com potencial de desenvolvimento para o cuidado de Si e, ter tempo e espaço para a construção de uma relação de qualidade que permita uma relação de confiança com a pessoa idosa.

A metodologia de projeto permitiu a articulação e a mobilização de saberes teóricos possibilitando a mudança da prática de enfermagem à pessoa idosa com dor irruptiva.

Os resultados obtidos, comparativamente à fase de diagnóstico, permitiram identificar uma tendência de mudança e evolução dos registos de enfermagem na folha de consulta telefónica/ presencial. Salienta-se uma atenção acrescida por parte das enfermeiras nos registos dos indicadores respeitantes à 2ª fase do processo de parceria, em particular conhecer a história de dor da pessoa idosa. As características de dor como a localização, descritores e fatores de exacerbação e de alívio, passaram a se valorizados e registados. As enfermeiras nas suas narrativas corroboram esta mudança quando referem que o contributo deste projeto tem a ver com o aprofundamento dos conceitos de dor irruptiva, terapêutica de resgate e dor basal. Na 1ª fase do processo de parceria, *revelar-se*, as enfermeiras continuam a demonstrar que é essencial conhecer a pessoa idosa com dor irruptiva, apresentando a totalidade dos registos realizados. Nas restantes fases encontra-se alguma dificuldade nos registos, o que demonstra uma necessidade continuada de reflexão sobre a prática, de formação, e indica que este é um processo de mudança no seu início.

A elaboração deste projeto contribuiu para a mudança das práticas, visível através dos registos, com um conhecimento mais profundo da pessoa idosa nas suas várias dimensões. As enfermeiras sugeriram a realização de uma consulta de acompanhamento à pessoa com dor crónica, com o objetivo de identificar os motivos e as dificuldades que interferem na gestão do regime terapêutico da dor crónica e irruptiva, permitindo a continuidade deste projeto.

Considera-se assim, que os objetivos definidos foram alcançados na medida em que foram desenvolvidas competências de enfermeira especialista nos domínios da responsabilidade profissional, ético, legal, da melhoria da qualidade, na gestão dos cuidados e de desenvolvimento de aprendizagens profissionais, para cuidar de pessoas idosas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abou-Setta, A. M., Beaupre, L. A., Rashiq, S., Dryden, D. M., Hamm, M. P., Sadowski, C. A. ... Jones, C. A. (2011) Comparative effectiveness of pain management interventions for hip fracture: a systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155:4, 234-245.
- Ali, G. & Kopf, A. (2010). Dor do Tipo Breakthrough, Emergência da Dor, e Dor Incidental. In Kopf, Andreas & Patel, Nilesh B. *Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos* (299-305). Seattle: Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), 291 - 298. Disponível em <http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/GuidetoPainManagementPortuguese.pdf>
- Arnstein, P. & Herr, K. (2010). Pain in older person. In Fishman, S. M., Ballantyne, J. C. & Rathmell, J. P. *Bonica's Management of Pain* (pp.782-790). Lippincott Williams & Wilkins.
- Azevedo, L. F., Costa-Pereira, A., Mendonça, L.; Dias, C.C. & Castro-Lopes, J. M. (2012). Epidemiology of chronic pain: a population-based nationwide study on its prevalence, characteristics and associated disability in Portugal. *The Journal of Pain*, 13 (8), 773-783. Disponível em [http://www.jpain.org/article/S1526-5900\(12\)00664-5/abstract](http://www.jpain.org/article/S1526-5900(12)00664-5/abstract)
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora
- Bennett, D., Burton, A. W., Fishman, S., Fortner, B., Mccarberg, B., Miaskowski, C. ...Wong, W. (2005). Consensus Panel Recommendations for the assessment and management of breakthrough pain, Part I Assessment. *P & T*, 30 (5), 296-361. Disponível em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=10&sid=51b78240-2771-49f7-8ddb-eeee431ab0b1%40sessionmgr114&hid=107&bdata=JnNpdGU9ZWZhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=106308387&db=rzh>

- Buchanan, A., Geerling, J. & Davies, A. (2014). Breakthrough cancer pain: the role of the nurse. *International Journal of Palliative Nursing*, 20(3), 126-129. Disponível em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=e94a1796-c2a1-44e2-96a3-f2fe40096b4b%40sessionmgr198&hid=107>
- Burton, B. & Zeppetella, G. (2011). Assessing the impact of breakthrough cancer pain. *British Journal of Nursing*, 20(10), S14-S19. Disponível em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=e94a1796-c2a1-44e2-96a3-f2fe40096b4b%40sessionmgr198&hid=107>
- Caraceni, A., Davies, A., Poulain, P., Cortés-Funes, H., Panchal, S. J. & Fanelli, G. (2013). Guidelines for the Management of Breakthrough Pain in Patients with Cancer. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 11 (Supplement 1), S29- S36. Disponível em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=8&sid=e94a1796-c2a1-44e2-96a3-f2fe40096b4b%40sessionmgr198&hid=107&bdata=JnNpdGU9ZWZwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=23520183&db=mnh>
- Caseiro, J. M. (2002). Dor irruptiva, conceito, controvérsias e sua abordagem terapêutica. Lisboa: Permanyer Portugal.
- Davies, A. (Ed.). (2009). *Cancer-related breakthrough pain*. Oxford: Oxford University Press.
- Davies, A. N., Dickman, A., Reid, C., Stevens, A.M. & Zeppetella, G. (2009). The management of cancer-related breakthrough pain: Recommendations of a task group of the Science Committee of the Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland. *European Journal of Pain*, 13, 331-338. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/j.ejpain.2008.06.014/abstract;jsessionid=38C73A517AF958FC8EB79E1DD388BB9A.f04t04>
- Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho (2006). Procede à criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, DR, I –A Série, Nº 109 (6-6-2006)3856-3865. Disponível em: https://www.adse.pt/document/Decreto_Lei_101_2006.pdf

- Denny, D. L. & Guido, G. W. (2012). Undertreatment of pain in older adults: An application of beneficence. *Nursing Ethics*, 19 (6), 800-809.
- Despacho n.º 10143/2009 de 16 de Abril (2009). Regulamento da Organização e Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). DR, II série, N.º 74 (16 de Abril 2009) p. 15438- 15440.
- DGS (2008). *Programa Nacional de Controlo da Dor*. Circular Normativa N.º:11/DSCS/DPCD de 18/06/08. Direção-Geral da Saúde. Acedido em 15 - 06-2015. Disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEER_ProgramaNacionalControloDor.pdf
- DGS (2010). Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa nº 015/2010 de 14 de dezembro. Disponível em
<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0152010-de-14122010.aspx>
- DGS (2014). Portugal a idade maior em números - 2014: A Saúde da População Portuguesa com 65 ou mais anos de idade. Direcção Geral da Saúde Lisboa. Setembro 2014. Disponível em:
<https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-idade-maior-em-numeros-2014.aspx>
- EONS (2013). *Breakthrough cancer pain guidelines*. Disponível em
<http://www.cancernurse.eu/documents/EONSBreakthroughCancerPainGuidelines.pdf>
- ESEL (2014). Regulamento de Mestrado. Lisboa: ESEL.
- ESEL (2015). Documento orientador Opção II/Estágio ano letivo 2014/2015. 6ºCurso de Pós Licenciatura em Enfermagem Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa. Lisboa: ESEL.
- Fortin, M. (1999). *O processo de Investigação – Da concepção à realização*. Lisboa: Lusociência.
- Galego, C. & Gomes, A.A. (2005). Emancipação, ruptura e inovação: o “focus group” como instrumento de investigação. *Revista Lusófona de Educação*, 5, 173-184.

- Gammons, V. & Caswell, G. (2014). Older people and barriers to self-reporting of chronic pain. *British Journal of Nursing*, 23 (5), 274-278. Disponível em <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=66c8300c-cf13-4578-aa8b-4fdd73b4816b%40sessionmgr4003&hid=4204>
- Garcia, A.M.A. & Maya, A. M. S. (2015). Adaptation to chronic bening pain in elderly adults. *Investigación y Education en Enfermería*, 33(1), 138-147.
- Gomes, I.D. (2007). O conceito de parceria na interacção enfermeiro/doente idoso: da submissão à acção negociada. 67-113. In Gomes, I. D. (et al.). *Parceria e Cuidado de Enfermagem: Uma questão de Cidadania*. Coimbra: Formasau.
- Gomes, I. D. (2009). *Cuidado de Si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio*. Lisboa: Instituto de Ciências de Saúde, Universidade Católica Portuguesa. Tese de doutoramento.
- Gomes, I. D. (2013). Promover o cuidado de si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio. In Anjos, M. A. P. (org.). *O cuidado de enfermagem à pessoa idosa: da investigação à prática* (pp 77-113). Loures: Lusociência
- Herr, K. A. & Garand, L. (2001). Assessment and measurement of pain in older adults. *Clinics in Geriatric Medicine*, 17(3), 457-478.
- Hesbeen, W. (2000). Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa perspectiva de cuidar. Loures: Lusociência.
- IASP (2006). Older people's pain. *Pain Clinical Updates*, 15(3): 1-4. Disponível em <http://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/NewsletterIssue.aspx?ItemNumber=2117>
- INE (2015). Dia Mundial da População. Lisboa: INE. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=224679354&DESTAQUESmodo=2
- Kayser, B. Miotto, C., Molin, V. D., Kummer, J., Klein, S.R. & Wibeling, L.M. (2014). Influence of chronic pain on functional capacity of the elderly. *Revista Dor*. 15 (1),48-50. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rdor/v15n1/en_1806-0013-rdor-15-01-0048.pdf
- Knowles, M. S., Holton III, E. F.& Swanson, R. A. (2005). *The adult learner. The definitive classic adult education and human resource development*. (6ª ed.), California: Elsevier Butterworth-Heinemann.

- Knowles, M. S., Holton III, E. F. & Swanson, R. A. (2009). *Aprendizagem de resultados: uma abordagem prática para aumentar a efetividade da educação corporativa* (2ª ed.), . Rio de Janeiro: Elsevier Editora.
- Kopf, A. (2010). Dor na Velhice e Demência in Kopf, Andreas & Patel, Niles B. *Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos* (291-298). Seattle: Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP). Disponível em http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/GuidetoPainManagement_Portuguese.pdf
- Kralik, D., Van Loon, A. & Telford, K. (2005). *Transitions in Chronic Illness-Understanding Transition*. Booklet 11. RDNS Research Unit.
- Leite, E. Santos, M. R. (2004) Nos trilhos da área de projecto. Lisboa :Instituto de Inovação Educacional, 2004.
- Macedo, A.P., Augusto, C.C.V.O.F., Silva, M.A.M.& Rosário, H.R.V. (2013). Supervisão em enfermagem: o contributo das narrativas reflexivas no contexto clínico. In S.R. Soares, I.F. Soares & M. S. Barreiro (Eds). *Ensino para a Autonomia: inovando a formação profissional* (191- 216). Brasil: Editora da Universidade do Estado da Bahia – EDUNEB.
- Marconi, M. A. & Lakatos, E. M. (2003). *Fundamentos de Metodologia Científica* (5ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Margarit, C., Juliá, J., López, R., Anton, A. Escobar, Y., Casas, A.... Zaragozá, F. (2012). Breakthrough cancer pain- still a challenge. *Journal of Pain Research*, 5, 559-566. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3508660/>
- Martins, M. & Lopes, M. A. (2010), A consulta telefónica como intervenção de enfermagem ao doente e família com dor crónica, numa unidade de dor. *Pensar Enfermagem*. Vol.14 (1), 39-57.
- Meleis, A. I. (2010). Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in *nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.

- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H. & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging midle-range theory. *Advances in Nursing Science Journal*, 23(1), 12-28. Disponível em <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=97c1a4fe-14bf-4999-85d0-6595672d1e86%40sessionmgr4004&vid=2&hid=4102>
- Mercadante, S. (2011). Managing breakthrough pain. *Current Pain and Headache Reports*, 15, 244-249. Disponível em <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11916-011-0191-5>
- Mercadante, S. (2015). Breakthrough pain in cancer patients: prevalence, mechanisms and treatment options. *Current Opinion in Anesthesiology*, 28 (5), 559-564. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26263120>
- Mercadante, S., Marchetti, P, Cuomo, A., Mammucari, M. & Caraceni, A. (2015). Breakthrough pain and its treatment: critical review and recommendations of IOPS (Italian Oncologic Pain Survey) expert group. *Supportive Care in Cancer*. 24(2). Disponível em <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00520-015-2951-y>
- Moraes, E. N. (2012). Atenção á saúde do Idoso: Aspectos Conceptuais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Disponível em https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjzrsSA-9bJAhWGuhQKHAYTD5YQFggjMAA&url=http%3A%2F%2Fapsredes.org%2Fsite2012%2Fwp-content%2Fuploads%2F2012%2F05%2Fsaude-do-Idoso-WEB1.pdf&usq=AFQjCNEzhfpvhil_nci6L3YH_9rBaE5FSA
- Moraes, E.N., Marino, M.C.A.& Santos, R. R. (2010). Principais síndromes geriátricas. *Revista Médica de Minas Gerais*. 20 (1),p. 54-66. Disponível em <http://rmmg.org/artigo/detalhes/383>
- OE (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Publicado em 2001. Disponível em www.ordemdosenfermeiros.pt
- OE (2008). DOR- Guia Orientador de Boa Prática. Lisboa: Edição Ordem dos Enfermeiros. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>

- OE (2011). Regulamento nº 122/2011 da Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. DR, II Série, nº35 (18-2-2011) 8648-8653.
- OE (2012). REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa: Edição Ordem dos Enfermeiros
- OMS (2015). Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Disponível em <http://sbogg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>
- Pautex, S., Vogt-Ferrier, N. & Zulian, G.B. (2014). Breakthrough pain in elderly patients with cancer: treatment options. *Drugs Aging*, 31(3), 405-411. Disponível em [http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=2a4da6da-f75e-4286-817d-d4f78454d08d%40sessionmgr4001&hid=4204\).%20Breakthrough%20pain%20in%20elderly%20patients%20with%20cancer:%20treatment%20options](http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=2a4da6da-f75e-4286-817d-d4f78454d08d%40sessionmgr4001&hid=4204).%20Breakthrough%20pain%20in%20elderly%20patients%20with%20cancer:%20treatment%20options)
- Portela, J. L. (2003). Estudo de Prevalência de Dor Irruptiva em Portugal. *Revista Dor*. 11 (3), p. 23-25. Disponível em http://www.aped-dor.org/images/revista_dor/pdf/2003/n3.pdf
- Portenoy, R. K. & Hagen, N. A. (1990). Breakthrough pain: definition, prevalence and characteristics. *Pain*, 41 (3), 273-281.
- Portenoy, R. K., Bennett, D. S., Rauck, R., Simon, S., Taylor, D., Brennan, M. & Shoemaker, S. (2006). Prevalence and Characteristics of Breakthrough Pain in Opioid-Treated Patients with Chronic Noncancer Pain. *The Journal of Pain*, 7, (8), 583-591. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1526590006005451>
- Reid, M. C., Eccleston, C., & Pillemer, K. (2015). Management of chronic pain in older adults. *The BMJ*, 350, h532. Disponível em <http://doi.org/10.1136/bmj.h532>
- Ribeiro, A. L. A. (2013). A pessoa com dor crónica - Um modelo de acompanhamento de enfermagem. (Tese de doutoramento não publicada). Universidade Católica Portuguesa, Porto.

- Rodrigues, R. M. C., Silva, C.F.R., Loureiro, L.M.J., Silva, S. M. D. T., Crespo, S.S.S. & Azeredo, Z.A.S. (2015). Os muito idosos: avaliação funcional multidimensional. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV (5), 65-74.
Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14040>
- Ruivo et al (2010). Metodologia de projeto: colectânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, 15, 1-37.
- Santos, J.; Raposo, C.; Oliveira, A; Ribeiro, A. L. (2015). Avaliação e tratamento da dor irruptiva oncológica. *Onco.News*. Ano VIII, 28, 10-18.
- Shumacker, K.L., Jones, P.S.& Meleis, A.L.(1999). Helping Elderly Persons in Transition: A Framework for Research and Practice. In E. A. Swanson & T. Tripp-Reimer (Eds.). *Life transitions in the older adult: Issues for nurses and other health professionals* (pp.1-26). New York: Springer. Disponível em https://issuu.com/medesignlida/docs/onconews28_web
- Silva, D.G.V. & Trentini, M. (2002). Narrativas como técnica de pesquisa em enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(3), 423-432.
Disponível em <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/1675/1720>
- Spitz, A., Moore, A. A., Papaleontiou, M., Granien, E., Turner, B. J. & Reid, M. C. (2011). Primary care providers' perspective on prescribing opioids to older adults with chronic non-cancer pain: a qualitative study. *BMC Geriatrics*, 11:35. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/11/35>
- Rustøen, T., Geerling, J. I., Pappa, T., Rundstrom, C., Weisse, I., Williams, S. C....Wengstrom, Y. (2013). How nurses assess breakthrough cancer apin, and the impact of this pain on patients'daily lives- Results of a European survey. *European Journal of Oncology Nursing*, 17, 402-407. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23276599>
- Tang, S.K. & Tse, M.Y.M. (2014). Aromatherapy: Does It Help to Relieve Pain, Depression, Anxiety, and Stress in Community-Dwelling Older Persons? *BioMed Research International*, Article ID 430195. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1155/2014/430195>

- Tomas, M. & Javier, N. (2010). Persistent Non-Cancer Pain Management in the Older Adult. *Geriatrics for the Practicing Physician*. 93(3), 216-218. Disponível em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=39&sid=e94a1796-c2a1-44e2-96a3-f2fe40096b4b%40sessionmgr198&hid=107>
- Vieira, F. & Moreira, M.A. (2011). *Supervisão e avaliação do desempenho docente: Para uma abordagem de orientação*. Lisboa: Ministério da Educação. Disponível em <http://ccap.min-edu.pt/pub.htm>
- Webber, K, Davies, A. N. & Cowie, M. R. (2015). Accuracy of a diagnostic to diagnose breakthrough cancer pain as compared with clinical assessment. *Journal of Pain and Symptom Management*, 50(4), 495-500. Disponível em [http://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(15\)00248-1/abstract](http://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(15)00248-1/abstract)
- Wengström, Y, Geerling, J. & Rustoen, T. (2014). European Oncology Nursing Society breakthrough cancer pain guidelines. *European Journal of Oncology Nursing*, 18, 127-131. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1462388913001658>
- Wright, L.M. & Leahey, M. (2009). *Como fazer uma entrevista de 15 minutos (ou menos) com a família*. In Wright, L.M. & Leahey, M. (2009). *Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família*. (pp 227- 239). 4ª ed. São Paulo: Editora Roca
- Zepetella, G. (2011). Breakthrough pain in cancer patients. *Clinical Oncology*, 23, 393-398. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0936655510004796>

ANEXOS

ANEXO 1- Folha de Consulta Telefônica/ Presencial

DATA ____/____/____
Hora ____:____

Registo Consulta Telefónica(CT) ☐
Presencial (CP) ☐



Identificação do Doente

UNIDADE DE DOR

Contacto realizado por:

☐ Próprio ☐ Cônjuge ☐ Filho/a ☐ Outro _____

Enf.ª Que Atendeu : _____

Motivo:

☐ Receituário _____

☐ Terapêutica _____

☐ Dor controlada ☐ Dor não controlada _____

☐ Obstipação ☐ Náuseas ☐ Vômitos ☐ Anorexia _____

☐ Marcação de Consulta (Motivo) _____ ☐ Outros _____

Vem a: _____

Ensino:

☐ Regime Medicamentoso ☐ Gestão dos Analgésicos

☐ Incentivar a adesão ao Regime Medicamentoso ☐ Cuidados para Prevenção de Obstipação

☐ Outros _____

Resolução:

☐ Resolução Imediata ☐ Marcação de Consulta

☐ Encaminhamento Médico Unidade Dor ➡ ☐ Receita ☐ Avaliação Médica

☐ Encaminhamento p/ Médico Externo Unidade Dor ☐ Outros _____

Orientação Terapêutica:

Data: ____/____/____ Hora: ____:____ Por: _____

☐ Alteração Terapêutica (ver folha prescrição) ☐ Mantém Regime Terapêutico

☐ Encaminhamento p/ Médico Externo Unidade Dor _____

☐ Marcação de Consulta ____/____/____ às ____:____ ☐ Hospital de Dia ____/____/____ às ____:____

☐ Outros _____

Resposta ao Doente :

Data: ____/____/____ Hora: ____:____ Por: _____

Atendeu: ☐ Próprio ☐ Cônjuge ☐ Filho/a ☐ Outro _____

Reforçar Ensino sobre:

☐ Alteração de Terapêutica ☐ Gestão dos Analgésicos ☐ Encaminhamento p/ Médico

Externo Unidade Dor ☐ Outros _____

Observações: _____

APÊNDICES

APÊNDICE I – Revisão Sistemática da Literatura

Introdução

Segundo Galvão & Pereira (2014), uma boa pergunta de pesquisa investiga a relação entre dois eventos e é formada por alguns elementos. Quatro destes elementos estão relacionados com o anagrama PICO: população (P); intervenção, ou exposição (I); comparação (C); e resultado (O- *outcome* em inglês). Um quinto elemento que por vezes pode ser acrescentado é o tipo de estudo (S- *study* em inglês), e aí o anagrama mudaria para PICOS.

Foram considerados como população (P) pessoas idosas com dor crónica; intervenção (I) as Intervenções de enfermagem que promovam o cuidado de Si, podendo ou não haver comparações (C), e a gestão da dor crónica como resultado (R).

Assim, foi elaborada a seguinte pergunta de investigação pelos seus componentes: *Quais as intervenções de enfermagem à pessoa idosa, de forma a promover o cuidado de si, na gestão da dor crónica?* (Tabela 1).

Tabela 1 - Critérios para a formulação da questão norteadora em formato PICO

				Palavras-chave
P	Participantes	Quem foi estudado?	Pessoa idosa com dor crónica	<ul style="list-style-type: none">• chronic pain• elderly• elder• older• old people
I	Intervenções	O que foi feito?	Intervenções de enfermagem que promovam o cuidado de Si	<ul style="list-style-type: none">• nursing interventions• nursing care• nursing• nurse
C	Comparações	Podem existir ou não	-	-
O	Outcomes/ Resultados	Resultados/efeitos ou consequências	Gestão da dor crónica	<ul style="list-style-type: none">• management

Procedimentos da pesquisa

Para responder à questão de investigação realizámos uma pesquisa de artigos através do motor de busca *EBSCOhost web* nas seguintes bases de dados: *MEDLINE with full text*, *CINAHL Plus with full text*, *Cochrane Database of Systematic Reviews* e *Cochrane Methodology Register*

A pesquisa foi efetuada a 23/12/2015, e a seleção dos artigos publicados com data compreendida entre janeiro de 2010 e dezembro de 2015. Foram

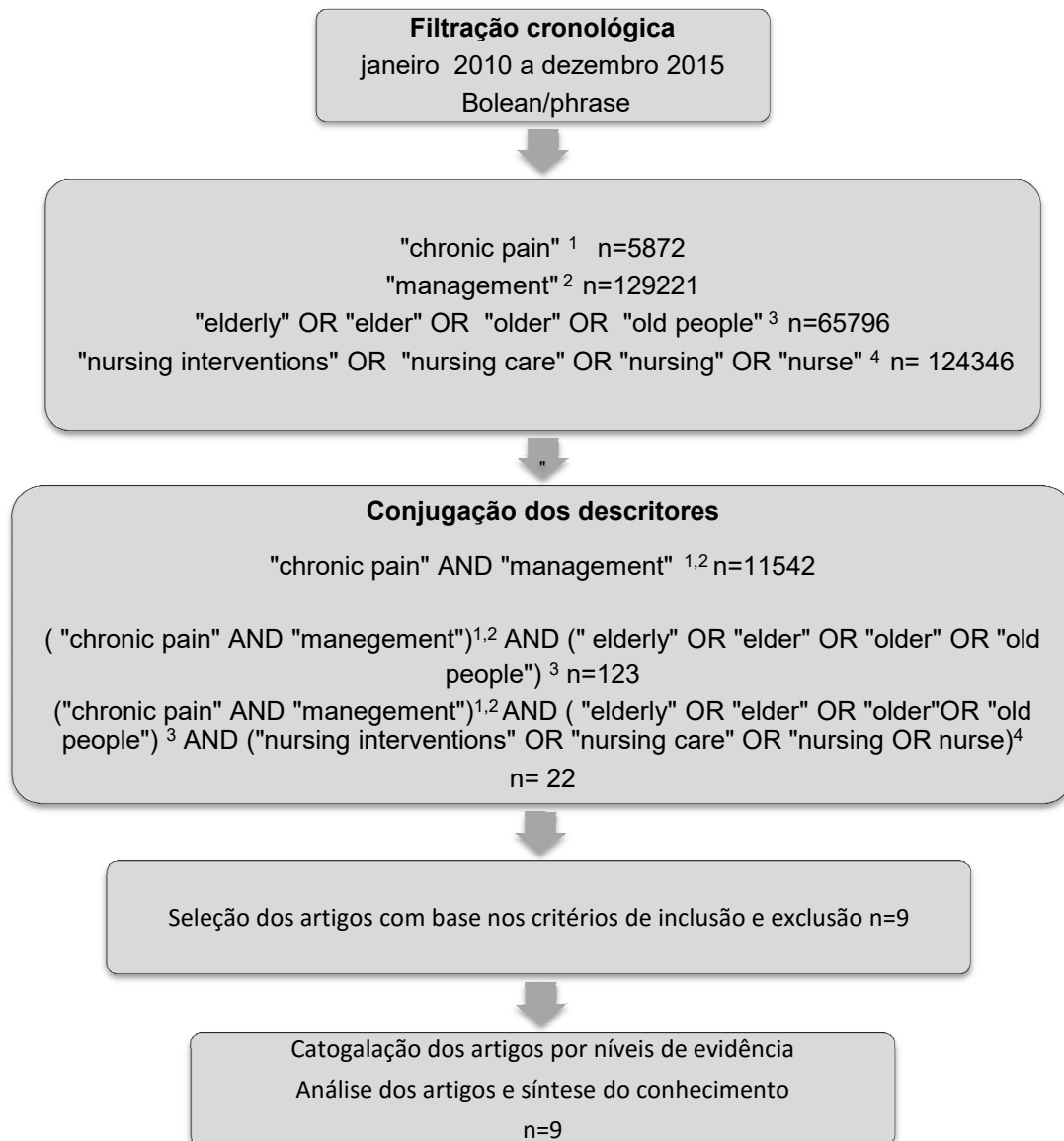
utilizadas as seguintes palavras-chave: chronic pain, management, elderly, elder, older, old people, nursing interventions, nursing care, nursing, nurse. Os descritores utilizados foram os seguintes: chronic pain AND management AND elderly OR elder OR older OR old people AND nursing interventions OR nursing care OR nursing OR nurse. Deste processo resultaram 22 artigos.

Os critérios definidos para a seleção dos artigos nesta pesquisa, bem como os critérios de inclusão e exclusão dos artigos para a revisão sistemática da literatura, apresentam-se na tabela que se segue.

Tabela 2 - Critérios de seleção artigos para a revisão sistemática da literatura		
Critérios de seleção	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Participantes	Pessoas idosas com idade igual ou superior a 65 anos com dor crónica	Pessoas com idade inferior a 65 anos
Intervenções	Artigos com enfoque nas intervenções de enfermagem à pessoa idosa com dor crónica	Artigos: <ul style="list-style-type: none"> • sem enfoque na problemática em estudo; • repetidos; • não disponíveis em texto integral (<i>full text</i>)
Desenho de estudo	Artigos com estudos de abordagem qualitativa, quantitativa ou revisão sistemática da literatura	Artigos com: <ul style="list-style-type: none"> • metodologia pouco clara; • sem metodologia qualitativa, quantitativa ou que não sejam revisão sistemática da literatura
Data da publicação	Artigos publicados entre janeiro 2010 e dezembro 2015	Artigos publicados antes de janeiro 2010

Apresentamos na figura 1, a esquematização do percurso metodológico e respetiva seleção de artigos, para uma melhor compreensão do processo de pesquisa.

Figura 1 - Percurso metodológico e seleção dos artigos



A análise dos artigos selecionados teve por base um instrumento de colheita de dados, que designámos por grelha de análise de artigos, com os seguintes critérios: autor, título do estudo, ano, publicação, nível de evidência, objetivo do estudo, número de participantes, tipo de estudo e método de colheita de dados, intervenções e resultados.

A análise da evidência dos artigos selecionados foi realizada de acordo com Cruz & Pimenta (2005, p. 416) baseado em Hicks, que estabelece os seguintes níveis de evidência apresentados na tabela 3:

Tabela 3- Classificação da força das evidências

Tipo	Força da evidência
I	Evidência forte a partir de pelo menos uma revisão sistemática de ensaios clínicos, randomizados, bem delineados
II	Evidência forte de pelo menos um ensaio clínico controlado, randomizado, bem delineado
III	Evidência a partir de um ensaio clínico bem delineado, sem randomização, de estudos de apenas um grupo do tipo antes e depois, de corte, de séries temporais, ou de estudos caso-controle
IV	Evidência a partir de estudos não experimentais por mais de um centro ou grupo de pesquisa
V	Opiniões de autoridades respeitadas, baseadas em evidência clínica, estudos descritivos ou relatórios de comitês de especialistas

Apresentação e análise dos resultados

Como forma de clarificar a metodologia e os artigos que constituem o corpus de análise à realização da presente revisão sistemática da literatura, elaborou-se uma tabela onde se apresentam os conteúdos, o nível de evidência e os principais resultados que sobressaem de cada estudo.

Artigo 1

<p>Autor</p> <p>Título do estudo</p> <p>Ano</p> <p>Publicação</p> <p>Nível de Evidência</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ersek, M., Polissar, N., Du Pen, A., Jablonski, A., Herr, K. & Neradilek, M. B. • Addressing methodological challenges in implementing the nursing home pain management algorithm randomized controlled trial • 2012 • <i>Clinical Trials</i> • II
Objetivo do Estudo	<ul style="list-style-type: none"> • Comparar a eficácia de um conjunto de algoritmos na gestão de dor e um programa abrangente sobre avaliação e gestão da dor versus a eficácia de sessões educativas, na melhoria das práticas na avaliação e gestão de dor baseadas em evidência, na diminuição de sintomas de dor e depressão, e na mobilidade em residentes de casas de repouso
Nº de Participantes	<ul style="list-style-type: none"> • 485 Participantes idosos (65 anos ou mais)
Intervenções	<p>Grupo de intervenção (13 casas de repouso):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entrega de livro com algoritmos para gestão de dor e material suplementar sobre dor aos enfermeiros • Sessões de educação sobre a utilização do algoritmo e recursos materiais- 1 aula por semana durante 4 semanas • Formação de equipas multidisciplinares com especialistas em dor nas casas de repouso facilitando a realização de reuniões semanais • Envolvimento dos prestadores de cuidados primários através de informação formal escrita, apoio telefónico dos investigadores e teleconferências • Manter a adesão às práticas de algoritmo e gestão de dor. 8 semanas após a intervenção foi reforçada quinzenalmente informação sobre dor através de material alusivo à temática que continuou durante mais 8 semanas <p>Grupo de controlo (14 casas de repouso):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Receberam aulas semanais de 1 hora sobre os princípios básicos de avaliação e gestão de dor em pessoas idosas e frágeis
Tipo de Estudo e métodos de colheita de dados	<ul style="list-style-type: none"> • Estudo controlado randomizado • Autorrelato sobre dor, a interferência nas atividades, depressão e mobilidade
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> • Foram encontrados desafios metodológicos relativamente à conceção e implementação do estudo, nomeadamente: <ul style="list-style-type: none"> • medição dos resultados em pessoas idosas com alterações cognitivas; • dificuldade em identificar resultados válidos, confiáveis e sensíveis que fossem aplicáveis a todas as pessoas idosas independentemente da sua capacidade de autorrelato; • incapacidade de incorporar os avanços da ciência no estudo, uma vez que alguns artigos não foram publicados atempadamente para aplicação no estudo

Artigo 2

Autor Título do estudo Ano Publicação Nível de Evidência	<ul style="list-style-type: none"> • Tang, S.K. &Tse, M.Y.M. • Aromatherapy: Does It Help to Relieve Pain, Depression, Anxiety, and Stress in Community-Dwelling Older Persons? • 2014 • <i>BioMed Research International</i> • III
Objetivo do Estudo	<ul style="list-style-type: none"> • Examinar a eficácia de um programa de aromaterapia para idosos com dor crônica, assim como da depressão, ansiedade e <i>stress</i>
Nº de Participantes	<ul style="list-style-type: none"> • 82 Participantes idosos (65 anos ou mais)
Intervenções	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo de intervenção (44 participantes) <ul style="list-style-type: none"> • Programa de quatro semanas de aromaterapia • Grupo de Controlo (38 participantes) <ul style="list-style-type: none"> • Não receberam quaisquer intervenções
Tipo de Estudo e métodos de colheita de dados	<ul style="list-style-type: none"> • Estudo quasi-experimental no pré e pós teste no grupo de controlo (estudo controlado não randomizado)
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> • Ligeira redução na intensidade da dor e uma redução significativa nos níveis de depressão, ansiedade e <i>stress</i> no grupo de intervenção. • O programa de aromaterapia pode ser uma ferramenta eficaz para reduzir a dor, depressão, ansiedade e <i>stress</i> entre os adultos mais velhos em casas de repouso

Artigo 3

Autor Título do estudo Ano Publicação Nível de Evidência	<ul style="list-style-type: none"> • Royall, D. R., Salazar, R. & Palmer, R.F. • Latent variables may be useful in pain's assessment • 2014 • <i>Health and Quality of Life Outcomes</i> • III
Objetivo do Estudo	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstrar a utilidade potencial de variáveis latentes na avaliação da dor
Nº de Participantes	<ul style="list-style-type: none"> • O momento 0 (zero) foi originalmente estabelecido em 1993-94, n=3,050 participantes com + 65 anos de idade • No 7º momento em 2010, n=1078 participantes + de 65 anos de idade
Intervenções	<ul style="list-style-type: none"> • Foram criadas duas variáveis latentes: sintomas de depressão e dor "somática"
Tipo de Estudo e métodos de colheita de dados	<ul style="list-style-type: none"> • Estudo longitudinal, coorte • Autorrelato da dor, pontuação de acordo com <i>Center for Epidemiological Studies Depression Scale</i> (CES- D), avaliação do desempenho cognitivo, e avaliação das atividades básicas e instrumentais de vida diária
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> • A abordagem das variáveis latentes na avaliação da dor oferece uma alternativa para a avaliação da dor por autorrelato, comprovadamente tendenciosa

Artigo 4

Autor Título do estudo Ano Publicação Nível de Evidência	<ul style="list-style-type: none"> • Tse, M.M.Y., Vong, S.K.S. & Tang S.K. • Motivational interviewing and exercise programme for community-dwelling older persons with chronic pain: a randomised controlled study • 2013 • <i>Journal of Clinical Nursing</i> • II
Objetivo do Estudo	<ul style="list-style-type: none"> • Examinar a eficácia na dor de uma entrevista motivacional integrada com programa de exercício físico, condição física e psicológica, qualidade de vida, auto-eficácia, e conformidade com exercícios para idosos residentes na comunidade com dor crónica
Nº de Participantes	<ul style="list-style-type: none"> • 56 participantes (+ de 65 anos) com dor crónica de dois centros de convívio de idosos
Intervenções	<ul style="list-style-type: none"> • Os participantes do grupo experimental receberam 8 semanas de entrevistas motivacionais e um programa de exercício físico, enquanto o grupo controle recebeu atividades regulares no centro • A entrevista motivacional utiliza perguntas abertas para encorajar os participantes a expressar e reconhecer a sua dor e comportamentos
Tipo de Estudo e métodos de colheita de dados	<ul style="list-style-type: none"> • Estudo controlado, duplo cego, randomizado
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> • Verificaram-se melhorias significativas na intensidade da dor, auto-eficácia da dor, ansiedade, felicidade e mobilidade após a entrevista motivacional e programa de exercício físico no grupo experimental • Não houve nenhuma melhoria significativa no grupo controle, exceto na escala de felicidade • Em relação a diferenças entre os grupos nas medidas de resultados, os scores relacionados com a intensidade da dor, estado de ansiedade e depressão foram significativamente melhores no grupo experimental • A entrevista motivacional e programa de exercício físico é eficaz no alívio da dor, mobilidade física, bem-estar psicológico e auto-eficácia da dor, nos idosos residentes na comunidade com dor crónica

Artigo 5

Autor Título do estudo Ano Publicação Nível de Evidência	<ul style="list-style-type: none"> • Tse, M., Wan, V.T.C. & Wong, A. M.H. • Pain and pain-related situations surrounding community-dwelling older persons • 2013 • <i>Journal of Clinical Nursing</i> • III
Objetivo do Estudo	<ul style="list-style-type: none"> • Examinar a prevalência de dor em idosos residentes na comunidade e para explorar as relações entre dor e parâmetros físicos e psicológicos
Nº de Participantes	<ul style="list-style-type: none"> • 173 Participantes com mais de 60 anos de idade
Intervenções	<p>Entrevista incluiu informações sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • o impacto da dor na vida do participante • o estado físico, utilizando a <i>Elderly Mobility Scale</i> e foi solicitado aos participantes para executar diferentes tarefas, para testar sua velocidade de marcha, alcance funcional e mudança de posição • os parâmetros psicológicos, incluindo a qualidade de vida, ansiedade, felicidade e depressão • se registou de dor no últimos três meses, recolhida a história de dor incluindo localização da dor, intensidade e uso de métodos de alívio da dor • crenças sobre dor, auto-eficácia dor e habilidade em lidar com a dor
Tipo de Estudo e métodos de colheita de dados	<ul style="list-style-type: none"> • Estudo transversal exploratório • Entrevista de 20-25 minutos
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> • A maioria dos participantes residentes na comunidade sofre de dor crónica • Identificou-se o uso inadequado de métodos farmacológico da dor • A dor crónica está relacionada à baixa mobilidade, má qualidade de vida física e infelicidade, e que uma maior intensidade de dor está relacionada com a menor capacidade de auto-eficácia no controlo da dor, mais culpabilização, acreditando que a dor é misteriosa e permanente

Artigo 6

Autor Título do estudo	<ul style="list-style-type: none"> • Tse, M.M.Y., Lee, P.H., Ng, S. M., Tsien-Wong, B.K. & Yeung, S.S.Y. • Peer volunteers in an integrative pain management program for frail older adults with chronic pain: study protocol for a randomized controlled trial
Ano Publicação Nível de Evidência	<ul style="list-style-type: none"> • 2014 • <i>Trials</i> • III
Objetivo do Estudo	<ul style="list-style-type: none"> • Explorar a eficácia de um programa de gestão da dor com a inclusão de voluntários, na diminuição da intensidade da dor, da mobilidade funcional, da atividade física, dos níveis de solidão, dos níveis de felicidade, e da utilização de métodos de alívio da dor não - farmacológicas entre idosos frágeis com dor crônica
Nº de Participantes	<ul style="list-style-type: none"> • 30 participantes com + 60 anos de idade residentes em lares de idosos e 30 voluntários do <i>Institute of Active Ageing in Hong Kong</i>
Intervenções	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo de intervenção <ul style="list-style-type: none"> • Programa integrado de gestão da dor com duração de 8 semanas, com 16 sessões, duas sessões de 1 hora / semana • Grupo de controlo
Tipo de Estudo e métodos de colheita de dados	<ul style="list-style-type: none"> • Estudo piloto • Escala de dor Numérica, <i>Timed Up and Go Test</i>, <i>Global Physical Activity Questionnaire</i>; registo em folheto "I can do it" da atividade física realizada e métodos não farmacológicos utilizados
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> • Este estudo fornece evidências para futuros estudos maiores, que utilizam um <i>design</i> aleatório controlado e um tempo de seguimento possivelmente maior para ajustar este "efeito de aprendizagem" e para investigar se voluntários devem ser integrados em programas para idosos com dor crônica

Artigo 7

Autor Título do estudo	<ul style="list-style-type: none"> • Spitz, A., Moore, A. A., Papaleontiou, M., Granieri, E., Turner, B. J. & Reid, M. C. • Primary care providers' perspective on prescribing opioids to older adults with chronic non-cancer pain: A qualitative study
Ano Publicação Nível de Evidência	<ul style="list-style-type: none"> • 2011 • <i>BMC Geriatrics</i> • III
Objetivo do Estudo	<ul style="list-style-type: none"> • Descrever experiências dos prestadores de cuidados de saúde primários e atitudes, bem como barreiras percebidas e facilitadores na prescrição de opióides no tratamento da dor crônica entre pessoas idosas
Nº de Participantes	<ul style="list-style-type: none"> • 23 médicos e 2 enfermeiras
Intervenções	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Focus grupos</i> e aplicação de questionário no final da discussão
Tipo de Estudo e métodos de colheita de dados	<ul style="list-style-type: none"> • Estudo qualitativo, de coorte transversal utilizando <i>focus grupos</i> para gerar discussões entre os prestadores de cuidados de saúde
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> • Prestadores de cuidados de saúde primários identificaram : <ul style="list-style-type: none"> • barreiras no uso de opióides em idosos com dor crônica por parte dos profissionais mas também do próprio idoso e família • factores facilitadores no tratamento farmacológico com opióides na pessoa idosa

Artigo 8

Autor Título do estudo Ano Publicação Nível de Evidência	<ul style="list-style-type: none">• Herr,K, <i>et al</i>• The Effect of a Translating Research into Practice (TRIP)-Cancer Intervention on Cancer Pain Management in Older Adults in Hospice• 2012• <i>Pain Medicine</i>• II
Objetivo do Estudo	<ul style="list-style-type: none">• Este artigo relata os resultados de uma pesquisa sobre intervenções destinadas a promover a adoção de práticas de dor baseada na evidência em pessoas idosas com cancro em centros de cuidados paliativos
Nº de Participantes	<ul style="list-style-type: none">• 738 participantes com + 65 anos
Intervenções	<ul style="list-style-type: none">• Grupo experimental 370 participantes<ul style="list-style-type: none">• Fornecido aos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros) Informação escrita e formação sobre avaliação e gestão da dor, teleconferência para discussão de intervenções e os progressos da sua implementação, discussões semanais relacionadas com a avaliação da dor e de gestão• Grupo controlo 368 participantes<ul style="list-style-type: none">• Sem intervenção
Tipo de Estudo e métodos de colheita de dados	<ul style="list-style-type: none">• Ensaio controlado randomizado• Análise retrospectiva dos registos médicos dos pacientes para determinar o efeito da intervenção• Foram recolhidos e analisados os dados pelos profissionais dos centros de cuidados paliativos através de pesquisa e de <i>focus</i> grupos após a conclusão da fase de intervenção
Resultados	<ul style="list-style-type: none">• As intervenções realizadas no grupo experimental, no sentido de melhoria de práticas na dor oncológica, não foi significativamente maior comparativamente ao grupo de controlo.• Constatou-se uma maior diminuição da intensidade da dor do paciente desde o início até pós-intervenção no grupo experimental; no entanto, o resultado não foi estatisticamente significativo

Artigo 9

<p>Autor</p> <p>Título do estudo</p> <p>Ano</p> <p>Publicação</p> <p>Nível de Evidência</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Abou-Setta, A. M. et al • Comparative Effectiveness of Pain Management Interventions for Hip Fracture: A Systematic Review • 2011 • <i>Annals of Internal Medicine</i> • I
Objetivo do Estudo	<ul style="list-style-type: none"> • Revisão e análise das melhores evidências sobre a eficácia e segurança de intervenções farmacológicas e não farmacológicas no controlo da dor em pessoas idosas com fratura da anca em comparação com os cuidados habituais ou outras intervenções
Nº de Participantes	<ul style="list-style-type: none"> • Dois revisores analisaram 83 estudos (64 estudos controlados randomizados, 5 estudos controlados não randomizados e 14 estudos cohorte)
Intervenções	<p>Foram identificadas na análise dos artigos Intervenções Farmacológicas e Intervenções Não Farmacológicas no controlo da dor por fratura da anca:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bloqueios de nervos • Técnicas de Anestesia • Analgesia sistêmica • Gestão multimodal da dor • Modalidade Física e Fisioterapia (TENS, alongamento e fortalecimento dos músculos da coluna vertebral e psoas) • Medicina Alternativa (acupuntura, técnica relaxamento Jacobson)
Tipo de Estudo e métodos de colheita de dados	<ul style="list-style-type: none"> • Foi realizada pesquisa em 25 bases de dados, literatura cinzenta, registos de estudos clínicos, pesquisa manual de processos de reuniões científicas e listas de referência • Dois revisores selecionaram, autonomamente, títulos, resumos e textos integrais dos artigos identificados. Foram incluídos estudos controlados randomizados, ensaios controlados não randomizados; estudos de coorte (prospetivo ou retrospectivo) e estudos de caso-controle, com data de publicação de 1990 ou mais tarde. Foram incluídos pessoas adultas com 50 anos ou mais, hospitalizados com fratura de anca aguda por causa de trauma de baixa energia; e examinadas intervenções de controlo de dor, independentemente do método de administração ou altura de tempo durante o percurso do cuidado
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> • Foram encontradas limitações relativamente à quantidade, qualidade e validade das evidências disponíveis. No entanto foram encontradas evidências de nível moderado sobre bloqueios nervosos que reduziram a dor aguda e delírio após fratura da anca e evidências de nível reduzido sobre tração pré-operatória que não interferiu na dor • Sobre as vantagens e desvantagens de intervenções como a raquianestesia, analgesia sistêmica, gestão da dor multimodal, acupuntura, terapia de relaxamento, neuroestimulação elétrica transcutânea e fisioterapia não estão claras

Síntese conclusiva

A dor crónica está relacionada com uma reduzida mobilidade, má qualidade de atividade física e infelicidade, por sua vez uma menor capacidade de autoeficácia no controlo da dor está associada uma maior intensidade de dor, conduzindo a uma culpabilização e pensamento de dor eterna (Tse, Wan & Wong, 2013).

Na intervenção de enfermagem à pessoa idosa com alterações cognitivas a avaliação da dor apresenta-se como um desafio em pessoas idosas, uma vez que o autorrelato está comprometido (Ersek et al, 2012; Abou-Setta et al, 2011). Sintomas de depressão e “dor somática” podem apresentar-se como uma opção na autoavaliação da dor, quando haja dificuldade em verbalizar a sua dor ou haja alterações cognitivas (Royall, Salazar & Palmer, 2014).

Relativamente à gestão da dor crónica Spitz *et al* (2011) identificaram fatores facilitadores e inibidores quanto aos tratamentos farmacológico e não farmacológico nas pessoas idosas. Em relação ao tratamento farmacológico, encontraram-se nos profissionais algumas dificuldades na prescrição de opióides a pessoas idosas, sendo as principais o medo de prejudicar devido aos efeitos adversos (77%), a subjetividade da dor (62%), falta de formação na gestão da dor (35%), a rotação ou dosagem dos opióides. Foram ainda reconhecidos fatores inibidores centrados na família/idoso como a relutância dos idosos em tomar opióides (69%), estigma (58%), a resistência da família em que o idoso tome opióides (38%) e questões financeiras (23%). Estas dificuldades contribuem para o uso inadequado de métodos farmacológicos no controlo da dor em pessoas idosas (Tse, Wan, & Wong, (2013).

Abou-Setta *et al* (2011) destacam a eficácia dos bloqueios de nervos para o controlo da dor provocada por fratura da anca, comparando com os tratamentos tradicionais, podendo ser considerada como uma alternativa, e permitem ainda uma redução de medicação sistémica, diminuindo o risco de *delirium*.

Spitz *et al* (2011) salientam também no seu estudo, fatores facilitadores do tratamento da dor crónica como a educação do idosos e da família sobre opióides (54%), estudos que demonstrem os benefícios e ferramentas para avaliação risco, facilidade de acesso a apoio de pares ou de especialistas (27%) e instrumentos baseados na evidência para ajudar a calcular a dose inicial (12%).

Programas de educação para a auto-gestão da dor crónica parecem ser uma metodologia com interesse, apesar do reconhecimento da necessidade de maior

investigação para estudo dos resultados a longo prazo (Tse, Lee, Tsien-Wong & Yeung, 2014).

O recurso a intervenções não farmacológicas para ajudar a pessoa idosa com dor crónica é cada vez mais estudado. Nomeadamente, programas de aromoterapia, em que se verificou uma ligeira redução na intensidade da dor e uma redução significativa nos níveis de depressão, ansiedade e *stress* nas pessoas idosas que integraram o grupo de intervenção; a entrevista motivacional e programa de exercício físico, também demonstraram ser eficazes no alívio da dor, na mobilidade física, no bem-estar psicológico e auto-eficácia da dor em idosos com dor crónica (Tang & Tse, 2014; Tse, Vong & Tang, 2013).

No entanto, os autores salientam que as intervenções não farmacológicas tal como as intervenções farmacológicas pressupõem a necessidade de treino e tempo adicional para a sua aplicação (Abou-Setta *et al*, 2011). Nomeadamente, intervenções não farmacológicas como a acupressão, relaxamento, TENS e terapia física, que parecem reduzir a dor provocada pela fratura da anca, na pessoa idosa (Abou-Setta *et al*, 2011).

Como conclusão verifica-se que é difícil apresentar resultados válidos, confiáveis e sensíveis que possam ser aplicados transversalmente às pessoas idosas (Ersek *et al*, 2012; Herr *et al*, 2012).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abou-Setta, A. M. *et al* (2011) Comparative effectiveness of pain management interventions for hip fracture: a systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155:4, 234-245.
- Cruz, D. & Pimenta, C. (2005). Prática baseada em evidências, aplicada ao raciocínio diagnóstico. *Rev Latino-am Enfermagem*, maio-junho; 13(3):415-22. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a17.pdf>
- Ersek, M., Polissar, N.; Du Pen, A.; Jablonski, A.; Herr, K. & Neradilek, M. B. (2012). Addressing methodological challenges in implementing the nursing home pain management algorithm randomized controlled trial. *Clinical Trials*, 9, 634-644.
- Galvão, T. F. & Pereira, M. G. (2014). Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 23(1), 183-184.
- Herr, K. *et al* (2012). The effect of a translating research into practice (TRIP)-cancer intervention on cancer pain management in older adults in hospice. *Pain Medicine*, 13, 1004-1017.
- Royall, D.R., Salazar, R. & Palmer, R. F. (2014). Latente variables may be useful in pain's assessment. *Health and Quality of Life Outcomes*, 12: 13. doi: 10.1186/1477-7525-12-13
- Spitz, A., Moore, A. A., Papaleontiou, M., Granien, E., Turner, B. J. & Reid, M. C. (2011). Primary care providers' perspective on prescribing opioids to older adults with chronic non-cancer pain: a qualitative study. *BMC Geriatrics*, 11:35. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/11/35>
- Tang, S.K. & Tse, M.Y.M. (2014). Aromatherapy: Does It Help to Relieve Pain, Depression, Anxiety, and Stress in Community-Dwelling Older Persons? *BioMed Research International*, Article ID 430195. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1155/2014/430195>
- Tse, M.M.Y., Vong, S.K.S. & Tang, S. K. (2013). Motivational interviewing and exercise programme for community-dwelling older persons with pain: a randomized controlled study. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 1843-1856. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04317.x
- Tse, M., Wan, V. T.C. & Wong, A. M. H. (2013). Pain and pain-related situations

surrounding community-dwelling older persons. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 1870-1879. doi: 10.1111/jocn12238

Tse, M. M. Y., Lee, P. H.; Ng, S. N.; Tsien-Wong, B. K. & Yeung, S. S. Y. (2014). Peer volunteers in a integrative pain management program for frail older adults with chronic pain: stydy protocol for a random *Trials* 2014, **15**:205. doi:10.1186/1745-6215-15-205

APÊNDICE II – Reflexão sobre 6º Encontro das Unidades Dor

6ª Encontro das Unidades Dor

Espinho, 30-31 de outubro de 2015

Presentes: Dulce Guerreiro, Enf.^a Madalena e Enf.^a Filomena (*Orientadora Local de Estágio*)

A Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED) foi a entidade promotora do 6º Encontro Nacional das Unidades Dor, que se realizou a 30 e 31 de outubro de 2015, em Espinho.

Este encontro teve como objetivo promover o debate multi e interdisciplinar através da reflexão e discussão entre vários profissionais e especialistas no tratamento da dor em Portugal, com apresentação de propostas e sugestões, visando um melhor tratamento da dor.

O plano de trabalhos esteve agendado ao longo dos dois dias com a realização de *workshops* de diferentes temáticas. Devido ao facto de estar a desenvolver o meu projeto na área da dor irruptiva na pessoa idosa com dor crónica, estive presente e participei no *workshop* “Dor irruptiva”.

O grupo de trabalho teve como finalidade chegar a um consenso sobre a terminologia, identificação e tratamento da dor irruptiva, quer pelas Unidades Dor quer por outros profissionais, nomeadamente, dos Cuidados de Saúde Primários (CSP).

Foi realizada uma revisão de conceitos-chave e sua evolução temporal, diferenciando dor basal e dor irruptiva. Esta última teve a sua origem associada à dor oncológica, apesar de se constatar atualmente que a sua prevalência é muito semelhante entre dor oncológica e não oncológica.

Foram revistos os critérios clínicos de diagnóstico da dor irruptiva, assim como as características e os tipos da dor irruptiva de forma a promover uma atuação baseada em critérios definidos de forma unânime. Foi também realizada uma reflexão sobre o tratamento adequado para dor irruptiva.

Pessoalmente, a participação neste *workshop* foi para mim uma grande mais-valia nesta fase de desenvolvimento do projeto. Contribuiu para validar fontes bibliográficas, fazer uma revisão sobre o tema com profissionais da área da dor

crónica e poder participar na discussão e reflexão de aspetos que podem facilitar a identificação da dor irruptiva pelos profissionais e assim promover o controlo da dor.

Constatei que apesar da especificidade dos profissionais presentes a exercerem a sua atividade em Unidades Dor, existiam, perceções diferentes sobre alguns conceitos base. Reforço assim a importância destes encontros com troca de experiências, tendo como finalidade encontrar o melhor tratamento e melhor intervenção possível para o controlo da dor crónica.

Após o *workshop*, assisti à sessão moderada pelo Prof. Castro Lopes sobre “Tratar a Dor” dando maior relevo à apresentação “ Tratar a Dor: Como estamos em Portugal?”. Foram abordadas questões como “O que ainda necessitamos?” e “Como estamos?” e permitiu concluir que:

- ainda se verificam desigualdades regionais quanto ao acesso às unidades dor,
- existe um potencial aumento de terapêuticas não farmacológicas disponíveis para o tratamento da dor crónica,
- existe um défice na articulação com os CSP e,
- um défice na avaliação funcional / qualidade de vida dos doentes acompanhados em Unidade Dor.

Esta análise contribui para alargar a visão para além do nosso quotidiano e realidade. Ter consciência do que se faz bem em Portugal, mas também ter conhecimento sobre o que precisa ser melhorado.

A minha participação neste encontro e grupos de trabalho contribuiu para o meu desenvolvimento de competências de enfermeira especialista segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista da OE (2011). Nomeadamente, através da colaboração em programas para a melhoria contínua da qualidade com a análise e revisão das práticas que foram realizadas neste encontro, com a finalidade de adquirir competências que permitam cuidar de pessoas idosas com dor crónica e sua família nos contextos intra e extra hospitalar (ESEL,2015).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ESEL (2015). Documento orientador Opção II/Estágio ano letivo 2014/2015. 6ºCurso de Pós Licenciatura em Enfermagem Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa. Lisboa: ESEL.
- OE (2011). Regulamento nº 122/2011 da Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. DR, II Série, nº35 (18-2-2011) 8648-8653.

APÊNDICE III – Reflexões de Reuniões Tutoriais

Registo e Reflexão de Orientação tutorial

07 de outubro de 2015, Unidade Dor

Presentes: Professora Idalina Gomes, Dulce Guerreiro, Enf.^a. Filomena (Enfermeira Orientadora do local de estágio), Enf.^a Madalena

Na 1ª reunião de orientação tutorial, foi abordada a importância de estar bem clarificado e presente o objetivo do projeto a desenvolver.

Como já havia realizado trabalho anterior a esta reunião, apresentei o questionário que foi aplicado à equipa de enfermagem da Unidade Dor. Este questionário teve como objetivo conhecer e identificar/ determinar o conhecimento das enfermeiras relativamente a alguns conceitos-chave da teoria, tais como dor irruptiva e terapêutica de resgate, assim como, qual a forma como procedem numa situação de dor irruptiva na pessoa idosa.

Após uma reflexão mais profunda suscitada pela professora orientadora, reconheci que as questões aplicadas não contemplam o conceito de parceria, nem tornam possível a apreciação do processo de parceria com a pessoa idosa, assim como, se a intervenção de enfermagem tem em conta o seu projeto de vida.

Assim, foi proposto que seja solicitado às enfermeiras a realização de uma descrição narrativa de como procedem perante uma pessoa idosa com dor irruptiva, utilizando o ciclo reflexivo de Gibbs.

Pretende-se igualmente que esta reflexão seja realizada também por mim, fazendo uma autoanálise sobre uma situação idêntica, pensar sobre o que aconteceu, o que posso retirar daquela situação, o que farei de diferente se acontecer de novo?

Relativamente à análise dos registos de enfermagem, é importante e necessário a realização de uma grelha para análise e avaliação dos registos, tendo como suporte orientador as diferentes fases do processo de parceria para que seja possível determinar se existem informações que permitam conhecer a pessoa idosa, e também identificar o que não está registado.

Foi considerado igualmente importante fazer uma apreciação de um número de pessoas idosas com dor irruptiva no início do projeto e fazer nova apreciação no final do projeto (tendo em conta alguns aspetos específicos da dor irruptiva) de

forma a ser possível analisar o contributo do projeto no controlo da dor irruptiva na pessoa idosa.

Para a realização desta apreciação ainda não tenho definido, neste momento, nenhuma estratégia e/ou metodologia, assim como o número de pessoas idosas necessário para poder fazer uma adequada apreciação e avaliação da aplicação do projeto.

Unidade Dor, 21 de outubro de 2015, das 14:30 às 15:15

Presentes: Dulce Guerreiro, Enf.^a Filomena (enfermeira orientadora do local de Estágio); Enf.^a Madalena

Esta reunião resulta da necessidade sentida por mim, pela Enf.^a Madalena e Enf.^a Filomena na realização de um resumo sobre o que já foi feito até agora e quais as metas a curto prazo.

Assim, comecei por partilhar a grelha de observação dos registos de enfermagem que desenvolvi, sustentada no Modelo de Parceria, tendo sido colocada para apreciação da Prof.^a Idalina e sua aprovação após algumas sugestões de alteração. Esta grelha irá ser utilizada na análise das consultas telefónicas ou presenciais. Neste momento estou a realizar a análise dos dados pertencentes aos registos de enfermagem assente nessa grelha de análise.

Entreguei às enfermeiras o questionário consoante a alteração proposta pela Prof.^a Idalina, com a inclusão de uma descrição narrativa baseada numa situação de pessoa idosa com dor irruptiva. Aguardo a entrega de um questionário, dado que a colega esteve ausente do serviço, para proceder à análise conjunta dos questionários.

Foi ainda transmitido o trabalho conjunto que tem sido realizado entre mim e a Enf.^a Madalena na construção de um Guião do Processo de Parceria à Pessoa Idosa com Dor Crónica / Iruptiva. Foi colocado á consideração da Prof.^a Idalina o cenário de trabalharmos em conjunto, e esta concordou, uma vez que reconhecemos que os indicadores a desenvolver seriam comuns.

Foi abordada a questão dos registos, concretamente, a não existência de registos das intervenções de enfermagem, apesar de sabermos (ou assumirmos) que são realizadas. A construção deste guião tem contribuído na reflexão sobre possíveis razões que nos levam a não registar.

Atualmente aguardamos a resposta da Prof.^a Idalina relativamente às alterações que foram realizadas no Guião, consoante a sua apreciação. Foi acordado que seria enviado igualmente o documento à Enf.^a Filomena para seu conhecimento, assim como, disponibilizaríamos literatura sobre o Modelo de Parceria, uma vez que demonstrou interesse em aprofundar o seu conhecimento nesta matéria.

De seguida a Enf.^a Madalena também fez um sumário daquilo que havia feito até agora, e algumas ilações do que analisou até então.

Referiu também que deu início a um estudo de caso, e que isso permitiu reconhecer que, através de uma melhor gestão do tempo e maior atenção é possível ter um conhecimento mais profundo da pessoa idosa e sua história de vida. Informações essas que, não constam da folha de avaliação inicial, assim, surge a questão: será que registamos informação sobre a identidade da pessoa idosa? Registamos, mas verifica-se que não existe a prática de registar informações para além daquelas que são recolhidas na avaliação inicial. Assim, como podemos valorizar a individualidade da pessoa idosa? E o que podemos fazer para que nos nossos cuidados transpareça a sua singularidade?

Outra experiencia que a Enf.^a Madalena partilhou, foi a aplicação de diferentes escalas na avaliação multidimensional à pessoa idosa. Referiu que tinha uma perceção errada do tempo despendido na sua realização, pois não é demorado, e estas até podem permitir à pessoa idosa envolver-se, e partilhar informação sobre si na relação desenvolvida com o enfermeiro.

Outro aspeto positivo que referiu foi que, ao utilizarmos os mesmos parâmetros de avaliação das diferentes dimensões da pessoa, permite-nos ser mais objetivos na avaliação utilizando a mesma linguagem, não sendo uma avaliação baseada numa perspetiva mais pessoal.

Ao finalizar a reunião, foi sugerido pela Enf.^a Filomena a realização de um resumo e reflexão da reunião, que fosse posteriormente enviado assim como à Prof.^a Idalina.

ESEL, 29 de outubro de 2015, das 16:00 às 21:00

Foi realizada uma reunião com os estudantes que estão a ser orientados pela Prof.^a Idalina e Prof.^a Deolinda.

O objetivo desta reunião seria a troca de experiências e assim possibilitar o crescimento pessoal no nosso percurso académico. Como existem pessoas que experienciaram o estágio nos Cuidados de Saúde Primários, e outros que iniciaram o seu estágio no hospital, seria interessante ouvir a forma como estão a ser vividos todos esses momentos.

Foi essencial ter as diferentes perspetivas: dos locais de estágio (as suas diferentes exigências e como promoveram o desenvolvimento de competências) e a forma como os estudantes expuseram as situações pelas quais passaram.

Tranquilizou-me o facto de algumas das minhas angústias serem também os receios de outros, nomeadamente o não conseguir atingir os objetivos propostos.

O que também apreendi da reunião foi a importância de questionarmos as nossas decisões, se isso irá contribuir para o meu desenvolvimento como especialista e ponderar que implicações poderão ter para mim e para os outros.

Especificamente no desenvolvimento do meu projeto informei que tinha concluído a análise dos registos de enfermagem na folha de consulta (telefónica / presencial) e iria iniciar a análise das narrativas do questionário que realizei à equipa de enfermagem. Foram abordadas as especificidades da formação de adultos, pois está a ser ponderada a realização de uma sessão de formação no local de estágio.

Foi confirmada a realização da ficha bibliográfica como solicitado na reunião anterior, sobre avaliação multidimensional da pessoa idosa. Eu entreguei via e-mail. Foi sendo abordado ao longo do testemunho dos estudantes a importância da realização da avaliação multidimensional, em que autor é fundamentado a avaliação, se foi necessário apoiar-nos noutros autores para complementar essa avaliação.

Ficou acordado entre o grupo para a próxima reunião de orientação tutorial:

- fazer um estudo de caso para ser apresentado (apresentação de 1 ou 2 estudos de caso, a serem escolhidos na altura);
- fazer a introdução do relatório e enviar para a Prof.^a Idalina ou Prof.^a Deolinda (consoante o seu orientador).

Unidade Dor, 26 de novembro de 2015, das 16:00 às 22:00

Foi realizada a 3ª reunião com estudantes e orientadores de estágio, destes últimos, esteve apenas presente a Prof.^a Idalina pela impossibilidade da Prof.^a Deolinda estar na reunião.

Houve uma apresentação rápida por todos os estudantes sobre a evolução do desenvolvimento de atividades do projeto de cada um, e puderam também exprimir os sentimentos que surgem e se manifestam no decorrer do percurso feito.

Pessoalmente, referi que neste momento tenho presente a sensação de estagnação, dado que fiz a análise dos registos de enfermagem assim como das narrativas e questionários realizados às enfermeiras. Aguardo a aprovação por parte da Prof.^a para apresentação dos resultados obtidos à equipa de enfermagem da UD e progredir para uma próxima etapa.

Por outro lado, irei iniciar o estágio na UCC na próxima semana, especificamente na ECCL, e compreendo que me será exigido o desenvolvimento de outras competências como enfermeira especialista, tendo em conta o contexto familiar e domicílio da pessoa idosa.

A Prof.^a Idalina alertou a importância da reflexão para nossa formação sobre os cuidados prestados à pessoa idosa, assim como da linguagem utilizada no nosso discurso que deve ser adequada ao nível de enfermeira especialista.

Foi discutido a importância da aplicação de diferentes escalas para a avaliação multidimensional da pessoa idosa, no entanto sabendo adequar essa avaliação de acordo com os recursos e tempo que temos, utilizando escalas exequíveis e fáceis de aplicar.

De seguida foi realizada a apresentação de 2 estudos de caso, por duas estudantes. Na 1ª apresentação do estudo de caso foi identificada a necessidade de compreender a intervenção da enfermeira especialista tendo por base o Modelo de Parceria, através de questões como: o que fazemos? Como fazemos? Com que sentido? Qual a intervenção do enfermeiro de modo a promover o cuidado de Si e capacitar a pessoa? O que fez para intervir? Como interveio com a pessoa para chegar aquele resultado?

Relativamente ao 2º estudo de caso apresentado, ajudou-me particularmente porque, neste momento ainda não construí nenhum estudo de caso e a construção e organização do seu estudo de caso segundo o Modelo de Parceria abarcando todas

as fases que o constituem, permitiu-me uma visão mais sistemática e prática do Modelo.

Foi novamente abordado a importância de justificar todas as nossas decisões e escolhas no desenvolvimento das diversas atividades. Por exemplo, na avaliação dos conhecimentos dos enfermeiros, justificar sinteticamente a escolha sobre a utilização de questionários ou narrativas (justificar porquê? e, saber o que é?). Inerente a estas escolhas está o desenvolvimento de algumas competências como enfermeira especialista, nomeadamente na área da formação.

Para a próxima reunião, que será a 12.01.2016, é pretendido que se entregue a parte escrita do relatório que corresponde às atividades /aprendizagens desenvolvidas até então.

ECCI de ACES de Lisboa e Vale do Tejo, 01 de dezembro de 2015, das 14:00 às 15:15

Presentes: Prof.^a Idalina Gomes; Dulce Guerreiro, Madalena, Enf.^a M^a José (enfermeira orientadora do local de Estágio)

Esta reunião teve dois objetivos em simultâneo: orientação tutorial para análise e planeamento do desenvolvimento do meu projeto de aprendizagens em contexto extra hospitalar, especificamente na ECCI e, a avaliação da Madalena relativamente ao estágio que realizou também na ECCI.

Através da reflexão promovida pela Prof.^a Idalina compreendi que é importante termos presente os objetivos que motivam a realização deste estágio. Assim, pretendo desenvolver competências como enfermeira especialista junto da pessoa idosa no seu domicílio e contexto familiar.

Fundamental também é, compreender a dinâmica do serviço, como é feita a referenciação dos doentes, que intervenção e articulação podemos ter em ambiente hospitalar para promover a realização de adequada referenciação.

O tempo de estágio até ao momento permitiu-me reconhecer a importância do cuidador familiar da pessoa idosa como referência no seu contexto familiar, quando esta não tem autonomia no cuidado de Si, e perceber as suas implicações na manutenção do seu projeto de vida.

Para terminar, programar como poderei contribuir para a continuidade de cuidados à pessoa idosa com dor crónica e irruptiva junto da equipa de enfermagem da ECCI. Surgiram duas sugestões de temas possíveis, a dor na pessoa idosa, sua especificidade e implicações em contexto do seu domicílio, ou, dor irruptiva, seu conceito e gestão e controlo. Penso que será útil abordar os enfermeiros e colocar-me à disposição para o tema que for mais pertinente.

Foi realizada a avaliação da colega sobre o estágio realizado.

**APÊNDICE IV – Relatório de Estágio em Cuidados de Saúde
Primários**

Este relatório tem como finalidade evidenciar as aprendizagens desenvolvidas no estágio realizado na ECCI de ACES de Lisboa e Vale do Tejo, no período de 23-11-2015 a 18-12-2015, através da reflexão sobre as intervenções de enfermagem no cuidado à pessoa idosa, em particular à pessoa idosa com dor irruptiva. O relatório encontra-se organizado de acordo com os objetivos anteriormente delineados.

Objetivo 1

- ❖ Conhecer e compreender a intervenção da UCC a nível dos cuidados de saúde primários: organização, filosofia, funcionamento e articulação dos serviços, nomeadamente com o hospital de referência, e Unidade Dor (UD)

Aprendizagens realizadas

O estágio realizado na ECCI de uma ACES de Lisboa e Vale do Tejo contribuiu para uma melhor compreensão da organização dos serviços de saúde na área dos cuidados de saúde primários, uma vez que os meus conhecimentos eram reduzidos nesse âmbito. Permitiu-me ainda perceber a interligação e integração existente entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares, nomeadamente entre a ECCI e o hospital de referência. Todas as informações que recebi dos diversos elementos da equipa multidisciplinar contribuíram para o desenvolvimento do meu conhecimento nessa área, que poderei transmitir noutros contextos, sobretudo na Unidade Dor. Refiro em particular uma apresentação realizada pela Enfermeira responsável pela Saúde Escolar, em que estiveram presentes a Sr.^a Enf.^a. Chefe, elementos da Equipa de Saúde Escolar da UCC e enfermeiros em integração na UCC. Nesta apresentação foi sucintamente descrita a evolução histórica da UCC, sobre a evolução da saúde escolar e sua intervenção a nível da comunidade, sendo o objetivo principal divulgar e informar as alterações decorrentes do Programa Nacional da Saúde Escolar 2015. Ao assistir a esta apresentação adquiri uma visão mais abrangente das áreas de intervenção do enfermeiro na comunidade.

Apresento de seguida uma caracterização geral e organizacional da ECCI.

O Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) tem na sua estrutura uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), que por sua vez está integrada numa UCC.

UCC de ACES de Lisboa e Vale do Tejo

A UCC desenvolve a sua atividade âmbito da comunidade, no concelho com uma área aproximada de 70 km², e pretende através da intervenção de uma equipa multidisciplinar, contribuir para a melhoria do estado de saúde da população visando ganhos em saúde. Presta cuidados de saúde, apoio psicológico e social, quer em contextos domiciliário e/ou comunitário, abrangendo pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional, atuando na educação, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção (Despacho n.º 10143 de 16 de Abril de 2009), garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados prestados.

A equipa da UCC encontra-se organizada em várias equipas de intervenção comunitária, nomeadamente: Equipa de Saúde Escolar; Equipa de Enfermagem de Saúde Materna; Equipa de Cuidados Continuados Integrados; Equipa de Intervenção Precoce; Equipa de Reabilitação e Equipa de Fisioterapia. Embora cada equipa de intervenção possua objetivos específicos, estes são complementares aos objetivos comuns da UCC. Algumas das áreas de intervenção são Saúde Mulher/Materna; Cuidados Continuados, Reabilitação e Fraturas do Colo do Fémur.

Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)

A ECCI é uma equipa multidisciplinar que pretende prestar serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma (Decreto-lei nº 101/2006 de 6 de Junho).

A ECCI tem a capacidade máxima de atendimento de 40 pessoas. Os cuidados são assegurados por uma equipa multidisciplinar 4 enfermeiros (sendo 1 enfermeira especialista de reabilitação), 1 técnica superior do serviço social (tempo parcial) e 1 fisioterapeuta (tempo inteiro). No período da realização do estágio encontram-se 5 enfermeiros em integração e que irão constituir a futura equipa da ECCI, uma vez que as atuais enfermeiras, vão integrar uma USF.

A referenciação para a ECCI pode ser realizada pelas Equipas de Gestão de Altas (EGA) dos hospitais ou pelas Unidades Funcionais do ACES através dos critérios estabelecidos pela Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), e serão sujeitas a avaliação pela Entidade Coordenadora Local (ECL) fazendo cumprir os critérios de referenciação, autorizando os pedidos e atribuindo-os à respetiva ECCI.

Após a admissão, a equipa de enfermagem programa a 1ª visita sempre que possível, no período das primeiras 24 horas. A visita domiciliária é multidisciplinar e participam o enfermeiro, a assistente social e a fisioterapeuta (se necessário), para uma adequada avaliação das necessidades de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social da pessoa. Os cuidados médicos necessários são assegurados pelos médicos de medicina geral e familiar responsáveis. Nas situações em que a pessoa não tem Médico Assistente atribuído, a assistente técnica da UCC solicita a inscrição no médico família na unidade de referência do utente.

Todos os registos de enfermagem são realizados em Sclenic e na plataforma RNCCI. Diariamente é realizada a passagem de informação entre os elementos da equipa relativamente às necessidades e cuidados à pessoa e cuidador familiar, e quinzenalmente é realizada uma reunião de trabalho (às terças-feiras das 14h às 16h e 30 min).

Objetivo 2

- ❖ Identificar as estratégias dos enfermeiros para que a pessoa idosa com dor irruptiva se torne parceira no processo de cuidados

Aprendizagens realizadas

Ao longo do período de estágio foi possível reconhecer nas visitas domiciliárias uma prática de cuidados em parceria com a pessoa idosa, na qual transparece a importância da individualidade e singularidade da pessoa e o reconhecimento da pessoa idosa como responsável pelo seu projeto de vida e saúde (Gomes, 2013).

Foi perceptível a relação de qualidade e confiança que existe entre enfermeiro e pessoa idosa ou cuidador familiar nas visitas domiciliárias realizadas, sendo esta uma condição essencial no processo de parceria. O enfermeiro demonstra respeito pela pessoa pedindo permissão para entrar em casa, apresenta os elementos novos

na equipa (nomeadamente eu) à pessoa idosa e família, trata a pessoa pelo nome, com carinho e simpatia e mostra-se disponível respeitando o ritmo da pessoa. Esta atitude do enfermeiro proporciona um ambiente em que a pessoa idosa partilha a sua história de vida, permitindo conhecer melhor a pessoa e seu projeto de vida.

Outro aspeto ao qual os enfermeiros dão extrema importância é a promoção da autonomia e independência da pessoa idosa, dentro das suas capacidades. Procuram capacitar a pessoa idosa desenvolvendo competências que lhe permitam agir e decidir, tendo em conta o perfil de dependência e independência da pessoa idosa nas atividades de manutenção de vida (Gomes, 2013). Ajudam desta forma mobilizar a singularidade da pessoa idosa a transformar capacidades potenciais em reais, para que possa vir a assumir o controlo do cuidado de Si.

Lembro a situação de uma senhora idosa que vivia numa zona rural, tinha sofrido um AVC mas encontrava-se numa fase avançada de recuperação e aprendizagem da gestão dos danos que o AVC causou. Através da intervenção de enfermagem e reabilitação foi possível reaprender capacidades e habilidades, nomeadamente caminhar sem apoio, fazer exercícios de fortalecimento muscular do lado afetado. Num dos dias da visita domiciliária a senhora encontrava-se na rua a terminar o seu passeio matinal e treino de marcha, mas fez questão de prolongar a caminhada para nos mostrar a sua evolução na mobilidade e levando-nos para ver a sua horta e jardim. A enfermeira compreendendo o significado daquela experiência acompanhou a senhora, pois era algo que a motivava e dava sentido à sua vida. Reconheço que esta intervenção de enfermagem se insere no domínio da função de ajuda, em que Benner (2001) especifica algumas competências, nomeadamente, uma relação favorecedora de recuperação e cura, e até otimizar a participação do doente para que ele controle a sua própria recuperação.

Relativamente à dor existe o cuidado na equipa de enfermagem em identificar situações de dor não controlada em pessoas idosas, fazendo a avaliação da dor e ensino sobre a terapêutica analgésica prescrita, assim como da terapêutica de resgate. Realizam também intervenções preventivas e não farmacológicas para controlo de dor provocada por exemplo, pela imobilidade. Também estas intervenções encontram-se inseridas na função de ajuda (Benner, 2001) contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das pessoas ao tomar medidas para assegurar o conforto do doente e a preservação da sua personalidade face à dor e a um estado de extrema fraqueza. Também inseridas na função de ajuda

encontramos algumas competências na equipa de enfermagem na interpretação dos diferentes tipos de dor e escolha de estratégias apropriadas para os controlar e gerir.

Objetivo 3

- ❖ Intervir em parceria com a pessoa idosa/família com dor irruptiva visando a promoção do cuidado de si no contexto do domicílio

Aprendizagens realizadas

A realização de um estudo de caso durante o período de estágio permitiu aprofundar conhecimentos sobre a especificidade da pessoa idosa, desenvolver competências de observação, análise e avaliação multidimensional à pessoa idosa, no domicílio.

Um dos aspetos que destaco é o isolamento das pessoas idosas que está inerente às alterações da mobilidade. Estas podem ser resultantes do processo natural de envelhecimento ou por situações agudas, como é o caso de fratura do colo do fémur.

Fiquei impressionada com o caso da senhora idosa na qual desenvolvi o meu estudo de caso, porque era uma senhora independente, com apoio de andarilho, e da sua rotina diária constava sair á tarde com o esposo para ir ter com as suas amigas. Atualmente por fratura do colo do fémur e infeção da sutura operatória vê-se limitada na sua mobilização. Não tem ainda adquirida a independência necessária para sair de casa. Tem receio de retomar a deambulação com apoio de andarilho e voltar a cair, e refere ainda que se sente deprimida. Perante esta situação, os enfermeiros procuraram numa ação conjunta capacitar a senhora para assumir o controlo do cuidado de Si, fazendo-a perceber e compreender as suas capacidades, incentivando-a a participar e a decidir o que fazer, tendo em conta o seu projeto de saúde e de vida (Gomes, 2013). Até ao final do meu estágio, foi possível a senhora ir até às escadas do prédio e subir 2 degraus sendo um objetivo concretizado em comum naquele dia.

Através da realização do estudo de caso e aplicação de escalas na avaliação multidimensional da pessoa idosa permitiu-me compreender como a saúde do idoso está estritamente relacionada com a capacidade de gerir a própria vida ou cuidar de si mesmo e como a perda de alguma funções, nomeadamente a mobilidade, pode resultar em grandes síndromes geriátricas (Moraes, Marino & Santos, 2010).

Dos aspetos mais relevantes, refiro o facto de reconhecer as dificuldades existentes no apoio familiar ou social às pessoas idosas. Destaco uma situação de uma pessoa idosa em situação paliativa com condições habitacionais precárias vivendo sozinha e contando apenas com o apoio de 2 irmãs para os cuidados de higiene e alimentação, repartidos ao longo do dia entre elas. Igualmente a medicação era controlada por ambas. Detetou-se no entanto, através das visitas domiciliárias, que existia dificuldade em controlar a dor e má gestão de terapêutica analgésica. Foi identificado como motivo o facto de não existir comunicação entre as irmãs na administração da medicação e por isso, ou havia falhas na administração ou por vezes simultaneidade de tomas de terapêutica. Foi necessário a intervenção dos enfermeiros da ECCI para promover o controlo do regime medicamentoso. Achei interessante esta situação pois de imediato associei a situações semelhantes que também possam ocorrer em doentes acompanhados pela UD. Será importante reforçar a importância de existir apenas uma pessoa responsável pela gestão da medicação, quando existe mais que um cuidador familiar. Concluí que terei de desenvolver competências no domínio da administração e vigilância dos protocolos terapêuticos (Benner, 2001), através de administração de medicamentos de forma apropriada e sem perigo vigiando os efeitos secundários, reações, respostas ao tratamento, toxicidade e incompatibilidades. A vigilância é crucial para o tratamento adequado e a segurança da pessoa idosa.

Verifiquei que a equipa de enfermagem está sensibilizada e motivada no controlo de dor. Existe cuidado em saber com as pessoas idosas se cumprem o regime medicamentoso analgésico prescrito, se fazem a terapêutica de resgate, de que forma fazem e em que situações de dor fazem.

Pude contribuir para esclarecimento de conceitos como dor irruptiva e terapêutica de resgate, especificamente numa situação de uma senhora com dor concológica. A senhora tinha prescrito terapêutica opióide de base para controlo de dor e tinha também terapêutica de resgate opióide, sublingual. Reforcei ensino sobre terapêutica de resgate com a doente e esposo, que era o seu cuidador familiar, realcei a importância de avaliar a intensidade da dor através da Escala Numérica (a doente já tinha conhecimentos sobre a escala) para ajudar no controlo da dor. Incentivei à utilização da terapêutica de resgate para controle da dor irruptiva, explicando o momento ideal para a sua administração e não apenas para dor

insuportável. Referi a importância de contactar o médico responsável se não fosse possível controlar a dor com terapêutica.

Naquela situação em concreto ajudou-me a desenvolver competências para conseguir agir a partir de uma compreensão profunda da situação global.

Objetivo 4

- ❖ Contribuir para a continuidade de cuidados entre a UCC e a UD, à pessoa idosa com dor irruptiva e família na promoção do cuidado de Si, no contexto do domicílio

Aprendizagens realizadas

Pude constatar a importância e o empenho da equipa de enfermagem no controlo da dor, ao longo das visitas domiciliárias que realizámos. Existia previamente uma boa relação de interligação e articulação com a UD, e a realização deste estágio na ECCL fortaleceu ainda mais essa relação.

Realizei para a equipa multidisciplinar da UCC uma sessão de formação realizada a 16 dezembro 2015 com o tema “Pessoa Idosa com Dor Iruptiva: Intervenção de Enfermagem”. Nessa sessão foram debatidos temas sobre envelhecimento e dor crónica à luz do modelo das Transições (Meleis, 2010), as implicações da dor crónica na qualidade de vida na pessoa idosa, dor irruptiva e a sua avaliação, e terapêutica de resgate. A temática da sessão foi proposta pela enfermeira orientadora, de acordo com as necessidades sentidas pela equipa. A participação dos elementos da equipa foi positiva e colocaram várias questões relativas à sua prática de cuidados e realidade.

A preparação da sessão contribuiu para desenvolver competências como enfermeira especialista no domínio da melhoria de qualidade dos cuidados incorporando os conhecimentos adquiridos para a melhoria da qualidade da prática assim como, no domínio das aprendizagens profissionais procedendo como um agente facilitador nos processos de aprendizagem da equipa. Permitiu também refletir sobre os domínios que preciso desenvolver, nomeadamente competências na área da responsabilidade profissional, ética e legal, por sinto que preciso melhorar a minha prestação como consultora perante cuidados que requerem um nível de competência de acordo com a especialidade médico-cirúrgica, com maior especificidade na pessoa idosa. No entanto a realização do estudo de caso e o acompanhamento da enfermeira orientadora ao longo do período de estágio

contribuiu para o meu crescimento como profissional e futura enfermeira especialista na pessoa idosa.

Reflexão Final

A realização do estágio em cuidados de saúde primários permitiu:

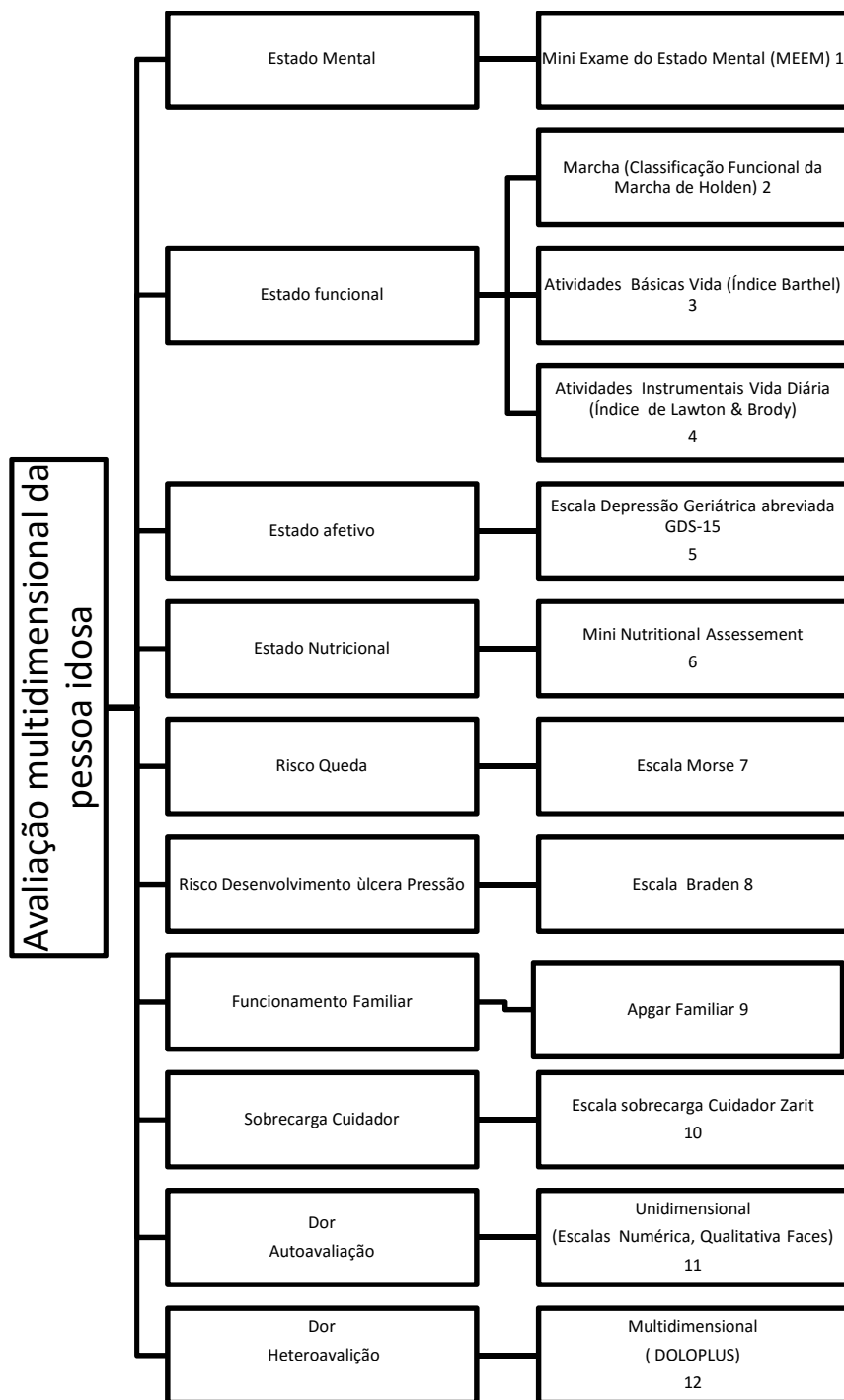
- Compreender a intervenção do enfermeiro com a pessoa idosa em contexto da comunidade. O seu trabalho abrange a saúde da população idosa, a promoção da sua saúde, a prevenção e gestão da doença. Intervém com autonomia ou em colaboração para a prevenção da doença e da incapacidade, assim como para promover, melhorar, manter e restaurar a saúde. Realiza articulações entre entidades e serviços prestadores de cuidados primários e diferenciados.
- Realizar a avaliação multidimensional da pessoa idosa no domicílio aprofundando conhecimentos e aplicando instrumentos de avaliação adquiridos no trajeto académico, que se revelaram de extrema importância
- Promover a reflexão crítica sobre as competências desenvolvidas relacionadas com as funções de enfermeiro especialista médico-cirúrgico vertente pessoa idosa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Da excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Despacho n.º 10143/2009 de 16 de Abril (2009). Regulamento da Organização e Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). DR, II série, N.º 74 (16 de Abril 2009) p. 15438- 15440.
- Gomes, I.D. (2013). Promover o Cuidado de Si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio. 77-113. *In* Lopes, M. A. P (org.). *O Cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa: Da Investigação à Prática*. Loures: Lusociência.
- Moraes, E. N., Marino, M. C. A. & Santos, R. R. (2010). Principais síndromes geriátricas. *Revista Medicina Minas Gerais*. 20 (1): 54-66.

**APÊNDICE V – Instrumentos mobilizados na Avaliação
Multidimensional da Pessoa Idosa**

AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA



1. MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

O Mini Mental State Examination (MMSE) elaborado por Folstein é um dos testes mais utilizados para avaliação do funcionamento cognitivo. O MMSE foi desenvolvido para ser utilizado na prática clínica na avaliação da mudança do estado cognitivo nas pessoas idosas. Examina a orientação temporal e espacial, memória de curto prazo (imediata ou atenção) e evocação, cálculo, coordenação dos movimentos, habilidades de linguagem e viso-espaciais. Pode ser usado como teste de rastreio para perda cognitiva, mas não pode ser usado para diagnosticar demência.

O Mini Exame do Estado Mental (MEEM) apresentado e utilizado foi traduzido e adaptado para a população portuguesa por Guerreiro e seus colaboradores, em 1994.

O MEEM avalia oito de 11 principais aspetos do estado cognitivo, omitindo abstração, julgamento e expressão. Permite avaliar a orientação (temporal e espacial), retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva.

Cada resposta correta é cotada com um ponto, em que o score total varia entre 0 e 30 pontos, permitindo a avaliação do défice cognitivo em função do grau de escolaridade (Apostolo, 2012, GERMI):

Escolaridade	Pontuação
Analfabetos	Inferior ou = a 15 pontos
1 a 11 anos de escolaridade	Inferior ou = a 22 pontos
Escolaridade superior a 11 anos	Inferior ou = a 27 pontos

1. MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____
Em que mês estamos? _____
Em que dia do mês estamos? _____
Em que dia da semana estamos? _____
Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Em que país estamos? _____
Em que distrito vive? _____
Em que terra vive? _____
Em que casa estamos? _____
Em que andar estamos? _____

Nota: _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27_ 24_ 21_ 18_ 15_

Nota: _____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio _____
Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: _____

1. MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

Nota: _____

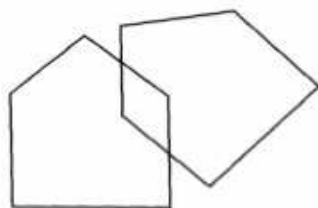
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase: _____

Nota: _____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia: _____

Nota: _____

TOTAL (Máximo 30 pontos): _____

Considera-se com defeito cognitivo:

- analfabetos ≤ 15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22
- com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

2. CLASSIFICAÇÃO FUNCIONAL DA MARCHA DE HOLDEN (MARCHA)

Esta escala determina o grau de autonomia na marcha de acordo com o tipo de ajuda física ou supervisão necessárias, em função do tipo de superfície (plana, inclinada, escadas).

A informação pode ser obtida através da observação direta da pessoa idosa a caminhar ou do questionário direto à pessoa idosa, familiares ou cuidadores. Classifica-se a pessoa idosa na categoria que mais se aproxima da sua capacidade para a marcha, de acordo com o quadro seguinte. O tempo de aplicação varia entre os 3-5 minutos (GERMI).

Categoria	Descrição
0 Marcha ineficaz	O idoso não é capaz de caminhar, caminha apenas em barras paralelas ou requer ajuda física ou supervisão de mais que uma pessoa para andar de forma segura
1 Marcha dependente Nível II	O idoso necessita de grande ajuda de uma pessoa para andar e evitar quedas. Esta ajuda é constante, sendo necessária para suportar o peso do corpo ou para manter o equilíbrio ou a coordenação
2 Marcha dependente Nível I	O idoso requer ajuda mínima de uma pessoa para não cair na marcha em superfície plana. A ajuda consiste em toques suaves, contínuos ou intermitentes, para ajudar a manter o equilíbrio e a coordenação
3 Marcha dependente com supervisão	O idoso é capaz de andar de forma independente em superfícies planas sem ajuda, mas para a sua segurança requer supervisão de uma pessoa.
4 Marcha independente (superfície plana)	O idoso é capaz de andar de forma independente em superfícies planas, mas requer supervisão ou ajuda física para superar escadas, superfícies inclinadas ou terrenos não planos
5 Marcha independente	O idoso é capaz de andar independentemente em superfícies planas, inclinadas ou escadas

Nota: assinalar o tipo de ajuda necessário: 1 bengala ou muleta, 2 bengalas ou muletas, andarilho

3. ÍNDICE DE BARTHEL (AVALIAÇÃO ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA)

O Índice de Barthel avalia o nível de independência da pessoa para a realização de dez atividades básicas de vida diária (ABVD): comer, higiene pessoal, uso de sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas(Apóstolo, 2012; GERMI)

Cada atividade apresenta entre 2 a quatro níveis de dependência, em que 0 corresponde à dependência total e a independência pode ser pontuada com 5, 10 ou 15 pontos de acordo com os níveis de dependência

A versão apresentada do Índice de Barthel foi desenvolvida por Wade e Collin, em 1988, tendo sido traduzida e validada para a população portuguesa por Araújo e seus colaboradores (2007).

A pontuação do score total da escala varia entre 0 (totalmente dependente) e 20 (totalmente independente):

	Pontuação
Total Dependência	0-8
Dependência Grave	9-12
Dependência Moderada	13-19
Independência Total	20

3. ÍNDICE DE BARTHEL (AVALIAÇÃO ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA)

Nome: _____

	DATA DE AVALIAÇÃO/PONTUAÇÃO			
ÍNDICE DE BARTHEL				
QUANTO À SUA HIGIENE PESSOAL: (1) Consegue lavar o rosto, lavar os dentes, barbear-se, pentear-se sozinho; (0) Precisa de ajuda para o cuidado pessoal.				
QUANTO A TOMAR BANHO: (1) Consegue tomar banho sozinho, entrar e sair da banheira, lavar-se, usar o chuveiro; (0) Não consegue tomar banho sozinho.				
QUANTO A VESTIR-SE: (2) Veste-se sozinho (incluindo abotoar botões, fechos, atacadores); (1) Precisa de ajuda para algumas coisas (como apertar atacadores, fechar um fecho ou abotoar botões); (0) Precisa sempre da ajuda de outra pessoa para se vestir.				
QUANTO A ALIMENTAR-SE: (2) Desde que lhe coloquem a comida já preparada/confecionada, consegue comer sozinho; (1) Precisa de ajuda para cortar a carne, barrar a manteiga, etc; (0) Não consegue alimentar-se sozinho.				
QUANTO A LEVANTAR-SE DA CAMA OU DE UMA CADEIRA SOZINHO: (3) Consegue passar da cama para a cadeira sem grande dificuldade; (2) Necessita de uma pequena ajuda (verbal ou física); (1) Necessita de uma grande ajuda física para passar da cama para a cadeira; (0) Incapaz de passar da cama para a cadeira, não tem equilíbrio.				
QUANTO A SUBIR E DESCER ESCADAS: (2) Consegue subir e descer escadas; (1) Precisa de ajuda para subir e descer escadas; (0) Não consegue subir ou descer escadas.				
QUANTO A ANDAR/MARCHA OU DESLOCAR-SE: (3) Consegue andar (com ou sem bengala, andador, canadiana,...); (2) Consegue andar com ajuda (verbal ou física) de 1 pessoa; (1) Consegue andar sozinho em cadeira de rodas; (0) Não consegue andar, nem com ajuda de outras pessoas.				
QUANTO AO CONTROLO DA FUNÇÃO INTESTINAL: (2) Controla bem esta função; (1) Às vezes (ocasionalmente) não controla as fezes; (0) Não controla as fezes, ou só evacua com a ajuda de clister.				
QUANTO AO CONTROLO DA FUNÇÃO URINÁRIA: (2) Controla bem esta função ou está cateterizado e substitui os sacos; (1) Perde urina acidentalmente; (0) Não controla a urina ou está cateterizado e precisa de alguém para substituir os sacos.				
QUANTO A IR À CASA DE BANHO: (2) não precisa de qualquer ajuda para ir à casa de banho (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda); (1) Precisa de ajuda, mas consegue fazer algumas coisas sozinho; (0) Não consegue ir à casa de banho sozinho.				
PONTUAÇÃO FINAL				
GRAU DE DEPENDÊNCIA				
ASSINATURA DO ENFERMEIRO				

Total dependência (0-8) Dependência Grave (9-12) Dependência Moderada (13-19) Independência Total (20)

ARAÚJO, F., RIBEIRO, J. L., OLIVEIRA, A., PINTO, C. (2007). **Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados.** Lisboa: revista Portuguesa de Saúde Pública.

4. ÍNDICE DE LAWTON & BRODY (AVALIAÇÃO ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA)

O *Índice de Lawton & Brody* é uma escala utilizada para avaliar a autonomia da pessoa idosa para realizar as actividades necessárias para viver de forma independente na comunidade, e são chamadas de Atividades Instrumentais de Vida Diárias (AIVD): utilização do telefone, realização de compras, preparação de refeições, tarefas domésticas, lavagem da roupa, utilização de meio de transporte, manejo da medicação e responsabilidade de assuntos financeiros.

A informação pode ser obtida através do questionário direto à pessoa idosa, familiares ou cuidadores. O seu tempo de aplicação é de 5 minutos.

Para cada AIVD a pessoa idosa é classificado como Dependente (0 pontos) ou Independente (1 ponto). Cada AIVD tem vários níveis de dependência (3 a 5). No caso dos homens não se contabiliza: preparação refeições, as tarefas domésticas e a lavagem da roupa.

A pontuação final resulta da soma da pontuação das AIVD, correspondendo ao número de AIVD, em que a pessoa idosa é dependente, classificando-se de acordo com o seguinte quadro (Apóstolo, 2012; GERMI):

Mulher		Homem
0-1	Dependência total	0
2-3	Dependência Grave	1
4-5	Dependência Moderada	2-3
6-7	Dependência Ligeira	4
8	Independência	5

4. ÍNDICE DE LAWTON & BRODY (AVALIAÇÃO ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA)

1- UTILIZAÇÃO DO TELEFONE

- ☐ 1 Utiliza o telefone por iniciativa própria
- ☐ 1 É capaz de marcar bem alguns números familiares
- ☐ 1 É capaz de pedir para telefonar, mas não é capaz de marcar
- ☐ 0 Não é capaz de usar o telefone

2- FAZER COMPRAS

- ☐ 1 Realiza todas as compras necessárias independentemente
- ☐ 0 Realiza independentemente pequenas compras
- ☐ 0 Necessita de ir acompanhado para fazer qualquer compra
- ☐ 0 É totalmente incapaz de comprar

3- PREPARAÇÃO DAS REFEIÇÕES

- ☐ 1 Organiza, prepara e serve as refeições sozinho e adequadamente
- ☐ 0 Prepara adequadamente as refeições se se fornecem os alimentos
- ☐ 0 Prepara, aquece e serve as refeições, mas não segue uma dieta adequada
- ☐ 0 Necessita que lhe preparem e sirvam as refeições

4- TAREFAS DOMÉSTICAS

- ☐ 1 Mantém a casa sozinho ou com ajuda ocasional (trabalhos pesados)
- ☐ 1 Realiza tarefas ligeiras, como lavar pratos ou fazer a cama
- ☐ 1 Realiza tarefas ligeiras, mas não pode manter um nível adequado de limpeza
- ☐ 0 Necessita de ajuda em todas as tarefas domésticas
- ☐ 0 Não participa em nenhuma tarefa doméstica

5- LAVAGEM DA ROUPA

- ☐ 1 Lava sozinho toda a sua roupa
- ☐ 1 Lava sozinho pequenas peças de roupa
- ☐ 0 A lavagem da roupa tem de ser feita por terceiros

6- UTILIZAÇÃO DE MEIOS DE TRANSPORTE

- ☐ 1 Viaja sozinho em transporte público ou conduz o seu próprio carro
- ☐ 1 É capaz de apanhar um táxi, mas não usa outro transporte
- ☐ 1 Viaja em transportes públicos quando vai acompanhado
- ☐ 0 Só utiliza o táxi ou o automóvel com ajuda de terceiros
- ☐ 0 Não viaja

7- MANEJO DA MEDICAÇÃO

- ☐ 1 É capaz de tomar a medicação à hora e dose correctas
- ☐ 0 Toma a medicação se a dose é preparada previamente
- ☐ 0 Não é capaz de administrar a sua medicação

8- RESPONSABILIDADE DE ASSUNTOS FINANCEIROS

- ☐ 1 Encarrega-se de assuntos financeiros sozinho
- ☐ 1 Realiza as compras diárias, mas necessita de ajuda em grandes compras e no banco
- ☐ 0 Incapaz de manusear o dinheiro

5. ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA DE YESAVAGE – VERSÃO CURTA

Esta escala utiliza-se para o rastreio da depressão, e avalia as dimensões cognitivas e comportamentais normalmente afetados na depressão da pessoa idosa.

Trata-se de uma escala de heteroavaliação, composta por 15 perguntas, com duas alternativas de resposta (sim ou não), consoante o modo como a pessoa idosa se tem sentido ultimamente, em especial na semana transata.

O tempo de aplicação ronda os seis minutos.

A pontuação final resulta da soma das pontuações das 15 perguntas, e enquadra-se numa das três categorias, apresentadas no quadro que se abaixo se apresenta (Apóstolo, 2012; GERMI):

	Pontos
Sem depressão	0-5
Depressão Ligeira	6-10
Depressão Grave	11-15

5. ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA DE YESAVAGE –VERSÃO CURTA

		Sim	Não
1	Está satisfeito com a sua vida?	0	1
2	Abandonou muitos dos seus interesses e actividades?	1	0
3	Sente que a sua vida está vazia?	1	0
4	Sente-se frequentemente aborrecido?	1	0
5	Na maior parte do tempo está de bom humor?	0	1
6	Tem medo de que algo de mal lhe aconteça?	1	0
7	Sente-se feliz na maior parte do tempo?	0	1
8	Sente-se frequentemente abandonado / desamparado?	1	0
9	Prefere ficar em casa, a sair e fazer coisas novas?	1	0
10	Sente que tem mais problemas de memória do que os outros da sua idade?	1	0
11	Actualmente, acha que é maravilhoso estar vivo?	0	1
12	Sente-se inútil?	1	0
13	Sente-se cheio de energia?	0	1
14	Sente-se sem esperança?	1	0
15	Acha que as outras pessoas estão melhores que o Sr./Sra.?	1	0

6. ESCALA PARA AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL – MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT

Através da realização de um questionário é possível detetar a presença ou o risco de malnutrição na pessoa idosa, sem recurso a parâmetros analíticos.

A informação é obtida através do questionário direto à pessoa idosa ou a familiares/cuidadores (excluindo as questões sobre a auto-perceção).

A primeira parte (Triagem) é constituída por 6 questões. Caso não seja possível determinar o IMC (p.ex. doentes acamados) pode-se em alternativa usar o perímetro da perna (PP) (GERMI):

- se $PP < 31$ cm corresponde a 0 pontos;
- se $PP \geq 31$ cm corresponde a 3 pontos.

Caso a pontuação da triagem seja sugestiva da presença ou risco de malnutrição é realizada a segunda parte do questionário. Na segunda parte (Avaliação Global) é aprofundada a avaliação através de 12 questões adicionais.


A cada questão é atribuída uma pontuação, cuja soma permite identificar 3 categorias:

- Estado nutricional normal
- Sob risco de malnutrição
- Malnutrição

O tempo de aplicação é de 5 minutos para a triagem e de 10 minutos para a avaliação global.

6. MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT

Mini Nutritional Assessment MNA®



Apelido:

Nome:

Sexo:

Idade:

Peso, kg:

Altura, cm:

Data:

Responda à secção "Inragem", preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números da secção "Inragem". Se a pontuação obtida for igual ou menor que 11, continue o preenchimento do questionário para obter a pontuação indicadora de desnutrição.

Inragem

A Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?

0 = diminuição grave da ingestão
1 = diminuição moderada da ingestão
2 = sem diminuição da ingestão ☐

B Perda de peso nos últimos 3 meses

0 = superior a três quilos
1 = não sabe informar
2 = entre um e três quilos
3 = sem perda de peso ☐

C Mobilidade

0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas
1 = deambula mas não é capaz de sair de casa
2 = normal ☐

D Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?

0 = sim 2 = não ☐

E Problemas neuropsicológicos

0 = demência ou depressão graves
1 = demência ligeira
2 = sem problemas psicológicos ☐

F Índice de Massa Corporal (IMC = peso(kg) / estatura(m)²)

0 = IMC < 19
1 = 19 - IMC < 21
2 = 21 - IMC < 22,5
3 = IMC ≥ 22,5 ☐

Pontuação da Inragem (subtotal, máximo de 14 pontos) ☐☐

12-14 pontos: estado nutricional normal
9-11 pontos: sob risco de desnutrição
0-7 pontos: desnutrido

Para uma avaliação mais detalhada, continue com as perguntas G-R

J Quantas refeições faz por dia?

0 = uma refeição
1 = duas refeições
2 = três refeições ☐

K O doente consome:

- pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)? sim ☐ não ☐
- duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos? sim ☐ não ☐
- carne, peixe ou aves todos os dias? sim ☐ não ☐

0.0 = nenhuma ou uma resposta «sim»
0.5 = duas respostas «sim»
1.0 = três respostas «sim» ☐☐

L O doente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas?

0 = não 1 = sim ☐

M Quantos copos de líquidos (água, sumo, café, chá, leite) o doente consome por dia?

0.0 = menos de três copos
0.5 = três a cinco copos
1.0 = mais de cinco copos ☐☐

N Modo de se alimentar

0 = não é capaz de se alimentar sozinho
1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade
2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade ☐

O O doente acredita ter algum problema nutricional?

0 = acredita estar desnutrido
1 = não sabe dizer
2 = acredita não ter um problema nutricional ☐

P Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como considera o doente a sua própria saúde?

0.0 = pior
0.5 = não sabe
1.0 = igual
2.0 = melhor ☐☐

Q Perímetro braquial (PB) em cm

0.0 = PB < 21
0.5 = 21 - 22
1.0 = PB ≥ 22 ☐☐

R Perímetro da perna (PP) em cm

0 = PP < 31
1 = PP ≥ 31 ☐

Avaliação global (máximo 16 pontos) ☐☐☐

Pontuação da Inragem ☐☐☐

Pontuação total (máximo 30 pontos) ☐☐☐

Avaliação global

G O doente vive na sua própria casa (não em instituição geriátrica ou hospital)

1 = sim 0 = não ☐

H Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia?

0 = sim 1 = não ☐

I Lesões de pele ou escaras?

0 = sim 1 = não ☐

Referências

1. Vellas E, Vellas H, Abellan-G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging*. 2009; 10:498-505.

2. Rubenstein L.J., Palmer J.O., Selva A., Guigoz Y., Vellas E. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J Geriatr*. 2001; 66A: 836-837.

3. Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? *J Nutr Health Aging*. 2005; 10:495-507.

© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners

© Nestlé, 1994, Revision 2009. 167200 12/09 1098

Para maiores informações: www.mna-italia.com

Avaliação do Estado Nutricional

de 24 a 30 pontos	<input type="checkbox"/>	estado nutricional normal
de 17 a 23,5 pontos	<input type="checkbox"/>	sob risco de desnutrição
menos de 17 pontos	<input type="checkbox"/>	desnutrido

7. ESCALA PARA AVALIAÇÃO RISCO DE QUEDA –ESCALA MORSE

A escala de Morse é um método rápido e simples para avaliar o risco de queda. A escala consiste em seis variáveis, rápidas e fáceis de pontuar: história de quedas nos últimos três meses, existência de diagnóstico secundário, necessidade de ajuda na mobilização, terapêutica endovenosa, características da marcha e estado mental.

A avaliação do risco de queda é realizada nas primeiras 24 horas de internamento. A reavaliação do risco é efetuada com uma periodicidade máxima de 7 em 7 dias ou sempre que a situação clínica do doente o justifique (por exemplo a ocorrência de uma queda) e no momento da alta.

De acordo com a avaliação efetuada a soma das pontuações obtidas em cada um dos seis itens resulta num score que indica o risco de queda. Essa pontuação varia entre 0 a 125 pontos. E define o nível de risco de queda da pessoa idosa da seguinte forma apresentada no quadro (GERMI):

- 0 a 24 – Baixo Risco
- 25 a 50 – Médio Risco
- Superior ou igual a 51 – Elevado Risco

7. ESCALA DE MORSE

Parâmetros		Pontuação	Data Avaliação				
1. História de Quedas (últimos 3 meses)	Não	0					
	Sim	25					
2. Diagnóstico Secundário	Não	0					
	Sim	15					
3. Ajuda na mobilização	Nenhuma Acamado Repouso no leito	0					
	Bengala Andarilho Canadiana	15					
4. Terapêutica Endovenosa	Não	0					
	Sim	20					
5. Marcha	Normal Acamado Cadeira de Rodas	0					
	Lenta	10					
	Alterada Cambaleante	20					
6. Estado Mental	Orientado	0					
	Desorientado Confuso	15					
	Pontuação						
	Assinatura						

8. ESCALA PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO –ESCALA DE BRADEN

A escala de avaliação de risco de desenvolvimento de úlceras de pressão de Braden foi elaborada por Barbara Braden e Nancy Bergstrom, em 1987 e validada para Portugal por Carlos Margato, Cristina Miguéns, João Gouveia, Kátia Furtado e Pedro Ferreira, em 2001 (Ferreira et al., 2007).

A escala é constituída por seis dimensões: perceção sensorial, humidade, atividade, mobilidade, fricção e forças de deslizamento. As dimensões estão ponderadas de 1 a 4, exceto a última que se encontra ponderada de 1 a 3. O score pode variar entre 6 (valor de mais alto risco) e 23 (valor de mais baixo risco), pelo que quanto maior for a pontuação menor o risco, e vice-versa (Ferreira *et al.*, 2007; Apóstolo, 2012).

O risco de desenvolvimento de úlceras de pressão varia de acordo com a seguinte cotação:

- Superior ou igual a 17 – Baixo risco de desenvolvimento de úlceras de pressão
- Inferior ou igual a 16 – Alto risco de desenvolvimento de úlceras de pressão.

A escala deve ser aplicada na data da admissão do doente aos cuidados, em meio hospitalar ou em meio domiciliário, e sempre que haja alterações significativas do estado geral. Em meio hospitalar é aconselhada a reavaliação a cada 24h em serviços de urgência e cuidados intensivos, e a cada 48h nos restantes serviços hospitalares. Em meio domiciliário é aconselhada a reavaliação mensal em doentes crónicos, e em casos de estado geral mais debilitado em cada situação de prestação de cuidados.

8. ESCALA DE BRADEN

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Nome do doente: _____		Nome do avaliador: _____		Data da avaliação: _____	
Serviço: _____		Cama: _____		Idade: _____	
Percepção sensorial Capacidade de reacção significativa ao desconforto	1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação, OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação, OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.	
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.	
Actividade Nível de actividade física	1. Acamado: O doente está confinado à cama.	2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.	
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.	
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.	
Fricção e forças de deslizamento	1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.		
Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.					Pontuação total

9. ESCALA PARA AVALIAÇÃO DO FUNCIONAMENTO FAMILIAR- APGAR FAMILIAR

É uma escala elaborada por Smilkstein em 1978, sendo constituída por cinco questões que quantificam a percepção que a pessoa tem do funcionamento da sua família. Esta escala permite caracterizar os componentes fundamentais da função familiar em:

- *Adaptação (Adaptability) intrafamiliar* – alude à utilização dos recursos, dentro e fora da família, para solução dos problemas que ameaçam o equilíbrio da mesma, durante uma crise;
- *Participação/comunicação (Partnertship)* – referente à partilha da tomada de decisões e das responsabilidades pelos membros da família;
- *Crescimento/desenvolvimento (Growth)* – compreende a maturidade física, psíquica, emocional e realização conseguida pelos membros da família, através de um mútuo apoio e orientação;
- *Afeto (Affection)* – existência de relações de cuidados ou ternura entre os membros da família;
- *Resolução/dedicação ou decisão (Resolve)* – Reflete o compromisso tomado de dedicar tempo a outros membros da família, encorajando-os física e emocionalmente. O que implica também uma decisão na partilha de bens e espaço (Andrade & Martins, 2011).

Cada questão permite três tipos de resposta: “QUASE SEMPRE”, “ALGUMAS VEZES” e “QUASE NUNCA”, sendo as cotações de 2, 1 e 0 pontos, respetivamente. O resultado final da escala obtém-se pela soma das pontuações atribuídas a cada uma das questões e varia entre zero (0) e dez (10) pontos. O total das pontuações permite classificar o tipo de relação familiar:

- De 7 a 10 pontos sugerem uma família **altamente funcional**.
- De 4 a 6 pontos sugerem uma família com **disfunção leve**.
- De 0 a 3 pontos sugerem uma família com **disfunção severa**.

9. ESCALA APGAR FAMILIAR

	Quase Sempre	Às vezes	Raramente
Estou satisfeito com a atenção que recebi da minha família quando algo me está a incomodar.			
Estou satisfeito com a maneira com que a minha família discute as questões de interesse comum e compartilha comigo a resolução de problemas.			
Sinto que a minha família aceita os meus desejos de iniciar novas atividades ou de realizar mudanças em meu estilo de vida.			
Estou satisfeito com a maneira com que a minha família expressa afeição e reage em relação aos meus sentimentos de raiva, tristeza e amor.			
Estou satisfeito com a maneira com que eu e a minha família passamos o tempo juntos.			

10. ESCALA PARA AVALIAÇÃO SOBRECARGA DO CUIDADOR – ESCALA DE ZARIT

A *Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit*, traduzida, validada e adaptada para a população portuguesa por Sequeira (2007), é um instrumento que permite avaliar a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador informal e que inclui informações sobre saúde, vida social, vida pessoal, situação financeira, situação emocional e tipo de relacionamento. Cada item é pontuado de forma qualitativa/quantitativa da seguinte forma: nunca = (1); quase nunca = (2); às vezes = (3); muitas vezes = (4) e quase sempre = (5) (Sequeira, 2010).

Na versão utilizada, obtém-se um score global que varia entre 22 e 110, em que um maior score corresponde a uma maior perceção de sobrecarga, de acordo com os seguintes pontos de corte (Apóstolo, 2012; Sequeira, 2010):

- Inferior a 46 = **Sem sobrecarga**;
- Entre 46 a 56 = **Sobrecarga ligeira**;
- Superior a 56 = **Sobrecarga intensa**.

10. ESCALA DE ZARIT

	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?					
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?					
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?					
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?					
6	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?					
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					
10	Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?					
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					
12	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?					
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?					
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					

11. ESCALAS DE AUTO- AVALIAÇÃO DOR: UNIDIMENSIONAIS

Os instrumentos de medida da dor podem ser classificados como unidimensionais ou multidimensionais. As escalas unidimensionais apenas quantificam a intensidade da dor e são usadas em contextos clínicos para obter informações rápidas, sendo especialmente úteis para avaliar a dor aguda. Os instrumentos multidimensionais são utilizados para avaliar e medir as diferentes dimensões da dor (sensorial, afetiva, social...), sendo especialmente importantes na medição da dor crónica. No entanto verifica-se que alguns instrumentos multidimensionais são considerados árdus na sua aplicação, quer para os profissionais de saúde. As escalas mais comumente usadas na prática clínica são as de autoavaliação da dor, como a Escala Numérica, a Escala Quantitativa e a Escala das Faces.

Escala Numérica

Escala Numérica

Sem Dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor Máxima
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

A Escala Numérica consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10. Esta régua pode apresentar-se ao doente na horizontal ou na vertical.

Pretende-se que o doente faça a equivalência entre a intensidade da sua Dor e uma classificação numérica, sendo que a 0 corresponde a classificação “Sem Dor” e a 10 a classificação “Dor Máxima” (Dor de intensidade máxima imaginável) (DGS, 2003).

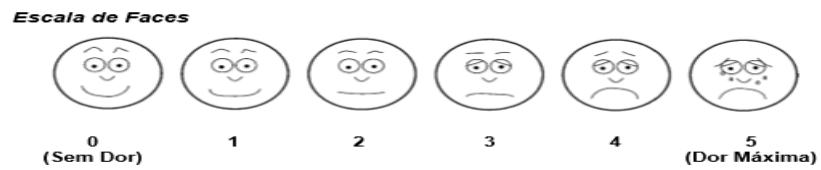
Escala Qualitativa

Escala Qualitativa

Sem Dor	Dor Ligeira	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor Máxima
---------	-------------	--------------	-------------	------------

Na Escala Qualitativa solicita-se ao doente que classifique a intensidade da sua Dor de acordo com os seguintes adjectivos: “Sem Dor”, “Dor Ligeira”, “Dor Moderada”, “Dor Intensa” ou “Dor Máxima” (DGS; 2003).

Escala de Faces



Na Escala de Faces é solicitado ao doente que classifique a intensidade da sua Dor de acordo com a mímica representada em cada face desenhada, sendo que à expressão de felicidade corresponde a classificação “Sem Dor” e à expressão de máxima tristeza corresponde a classificação “Dor Máxima”. Regista-se o número equivalente à face selecionada pelo doente (DGS, 2003).

12. ESCALA HETERO-AVALIAÇÃO: MULTIDIMENSIONAL

Observar o comportamento é, na ausência de autoavaliação, um método correto para avaliar a dor, em conjunto com outras situações, como alterações fisiológicas ou *stress* emocional, através de Escalas Comportamentais (DGS, 2010).

Recentemente foi validada para a população portuguesa por Hirondina Guarda (2006) a escala DOLOPLUS 2 (escala comportamental de dor na pessoa idosa). Esta escala é multidimensional e avalia as repercussões somáticas, psicomotoras e psicossociais da dor.

A escala é composta por dez itens, distribuídos por três dimensões (repercussão somática, repercussão psicomotora e repercussão psicossocial), o que faz com que se demore algum tempo a aplicar.

12. ESCALA DOLOPLUS 2

ESCALA DOLOPLUS					
AVALIAÇÃO COMPORTAMENTAL DA DOR NA PESSOA IDOSA					
APELIDO..... NOME PRÓPRIO		DATAS			
SERVIÇO.....		Observação comportamental			
REPERCUSSÃO SOMÁTICA					
1. Queixas somáticas	. ausência de queixas	0	0	0	0
	. queixas apenas quando há solicitação	1	1	1	1
	. queixas espontâneas ocasionais	2	2	2	2
	. queixas espontâneas contínuas	3	3	3	3
2. Posições antálgicas em repouso	. ausência de posição antálgica	0	0	0	0
	. o indivíduo evita certas posições de forma ocasional	1	1	1	1
	. posição antálgica permanente e eficaz	2	2	2	2
	. posição antálgica permanente e ineficaz	3	3	3	3
3. Protecção de zonas dolorosas	. ausência de protecção	0	0	0	0
	. protecção quando há solicitação, não impedindo o prosseguimento do exame ou dos cuidados	1	1	1	1
	. protecção quando há solicitação, impedindo qualquer exame ou cuidados	2	2	2	2
	. protecção em repouso, na ausência de qualquer solicitação	3	3	3	3
4. Expressão facial	. mímica habitual	0	0	0	0
	. mímica que parece exprimir dor quando há solicitação	1	1	1	1
	. mímica que parece exprimir dor na ausência de qualquer solicitação	2	2	2	2
	. mímica inexpressiva em permanência e de forma não habitual (átona, rígida, olhar vazio)	3	3	3	3
5. Sono	. sono habitual	0	0	0	0
	. dificuldade em adormecer	1	1	1	1
	. despertar frequente (agitação motora)	2	2	2	2
	. insónia com repercussão nas fases de despertar	3	3	3	3
REPERCUSSÃO PSICOMOTORA					
6. Higiene e/ou vestir	. capacidades habituais conservadas	0	0	0	0
	. capacidades habituais pouco diminuídas (com precaução mas completas)	1	1	1	1
	. capacidades habituais muito diminuídas, higiene e/ou vestir difíceis e parciais	2	2	2	2
	. higiene e/ou vestir impossíveis; o doente exprime a sua oposição a qualquer tentativa	3	3	3	3
7. Movimento	. capacidades habituais conservadas	0	0	0	0
	. capacidades habituais activas limitadas (o doente evita certos movimentos, diminui o seu perímetro de marcha)	1	1	1	1
	. capacidades habituais activas e passivas limitadas (mesmo ajudado, o doente diminui os seus movimentos)	2	2	2	2
	. movimento impossível; qualquer mobilização suscita oposição	3	3	3	3
REPERCUSSÃO PSICO-SOCIAL					
8. Comunicação	. sem alteração	0	0	0	0
	. intensificada (o indivíduo chama a atenção de modo não habitual)	1	1	1	1
	. diminuída (o indivíduo isola-se)	2	2	2	2
	. ausência ou recusa de qualquer comunicação	3	3	3	3
9. Vida social	. participação habitual nas diferentes actividades (refeições, actividades recreativas, ateliers terapêuticos,...)	0	0	0	0
	. participação nas diferentes actividades apenas quando há solicitação	1	1	1	1
	. recusa parcial de participação nas diferentes actividades	2	2	2	2
	. Recusa de qualquer tipo de vida social	3	3	3	3
10. Alterações do comportamento	. comportamento habitual	0	0	0	0
	. alterações do comportamento quando há solicitação e repetidas	1	1	1	1
	. alterações do comportamento quando há solicitação e permanentes	2	2	2	2
	. alterações do comportamento permanentes (sem qualquer solicitação)	3	3	3	3
COPYRIGHT Faculdade de Medicina de Lisboa, Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos - Fevereiro 2006 - Hironidina Guarda		PONTUAÇÃO			

12. ESCALA DOLOPLUS 2 (CONT.)

ESCALA DOLOPLUS LÉXICO

Queixas somáticas

O paciente exprime a sua dor através da palavra, do gesto ou de gritos – choros – gemidos.

Posições antálgicas

Posição corporal não habitual, visando evitar ou aliviar a dor.

Protecção de zonas dolorosas

O paciente protege uma das zonas do seu corpo através de uma atitude ou determinados gestos de defesa.

Mímica

O rosto parece exprimir a dor através da expressão (crispada, tensa, átona) e do olhar (olhar fixo, vazio, ausente, lágrimas).

Solicitação

Toda e qualquer solicitação (aproximação de um cuidador, mobilização, cuidados, etc).

Higiene/Vestir

Avaliação da dor durante a higiene e/ou o vestir, sozinho ou com ajuda.

Movimentos

Avaliação da dor no movimento: mudança de posição – transferências – marcha, sozinho ou com ajuda.

Comunicação

Verbal ou não verbal.

Vida Social

Refeições, animações, actividades, ateliers terapêuticos, acolhimento das visitas, etc.

Perturbações do comportamento

Agressividade, agitação, confusão, indiferença, deslize, regressão, pedido de eutanásia, etc.

12. ESCALA DOLOPLUS 2 (CONT.)

ESCALA DOLOPLUS CONSELHOS DE UTILIZAÇÃO

1. A UTILIZAÇÃO NECESSITA DE UMA APRENDIZAGEM

Como para qualquer novo instrumento, será sensato experimentá-lo antes de o difundir. O tempo de cotação da escala diminui igualmente com a experiência (alguns minutos no máximo). Logo que possível, será útil designar uma pessoa de referência numa determinada estrutura de cuidados de saúde.

2. COTAR EM EQUIPA PLURISCIPLINAR

Quer se trate de uma estrutura sanitária, social ou no domicílio, é preferível que a cotação seja efectuada por vários cuidadores (médico, enfermeiro, auxiliar...). No domicílio, é possível integrar a família e os outros intervenientes, com o apoio de um boletim de articulação de cuidados, do telefone, ou até mesmo de uma reunião em torno da cama do doente. A escala deve ser integrada no processo clínico ou no "boletim de articulação de cuidados".

3. NÃO COTAR NADA NO CASO DE EXISTIR UM ITEM DESADEQUADO

Não é necessário obter uma resposta para todos os itens da escala, em particular face a um paciente desconhecido, relativamente ao qual não se possuem ainda todos os dados, nomeadamente no plano psico-social. Do mesmo modo, em caso de coma, a cotação será baseada essencialmente nos itens somáticos.

4. OS COMPORTAMENTOS PASSIVOS

São menos perceptíveis mas tão presentes e importantes como os comportamentos activos; por exemplo, as perturbações do comportamento podem-se exprimir de um modo hiperactivo, tal como a agressividade pouco habitual, mas também como modo de afastamento.

5. A COTAÇÃO DE UM ITEM ISOLADO

Não tem significado; é a pontuação global que se tem que considerar. Se ela se concentra nos últimos itens, a existência de dor é pouco provável.

6. ESTABELECEER UMA ACTUALIZAÇÃO DAS PONTUAÇÕES

A reavaliação será efectuada duas vezes ao dia até à sedação das dores e posteriormente o seu espaçamento será estabelecido em função das situações. Estabelecer uma actualização das pontuações, fazendo-a aparecer na folha de tratamento (ao mesmo nível que a temperatura ou a tensão arterial) será um argumento primordial na percepção do sintoma e na implementação do tratamento.

7. NÃO COMPARAR AS PONTUAÇÕES DE PACIENTES DIFERENTES

A dor é uma sensação e uma emoção subjectiva e pessoal. A comparação das pontuações entre pacientes não faz, portanto, qualquer sentido. Apenas a evolução das pontuações de um dado paciente nos interessa.

8. EM CASO DE DÚVIDA, NÃO HESITAR EM FAZER UM TESTE TERAPÊUTICO ANTÁLGICO ADAPTADO

Admite-se, actualmente, que uma pontuação superior ou igual a 5/30 é sinal de dor. Contudo, para as pontuações próximas deste limiar, é necessário dar o benefício da dúvida ao doente. Se o comportamento observado se modificar com a toma de analgésicos, confirma-se a existência de dor.

9. A ESCALA EFECTUA A COTAÇÃO DA DOR E NÃO DA DEPRESSÃO, DA DEPENDÊNCIA OU DAS FUNÇÕES COGNITIVAS

Existem numerosos instrumentos adaptados a cada situação, e é primordial compreender que se procura determinar as alterações de comportamento ligadas a uma eventual dor. Assim, para os itens 6 e 7, não se procede à avaliação da dependência ou da autonomia, mas sim da dor.

10. NÃO RECORRER SISTEMATICAMENTE À ESCALA DOLOPLUS-2

Quando a pessoa idosa é comunicante e cooperante será mais lógico utilizar instrumentos de auto-avaliação. Quando a dor é evidente, será mais urgente acalmá-la do que avaliá-la... No entanto, à mínima dúvida, a hetero-avaliação evitará qualquer subavaliação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, A.I.N.F.A. & R.M.L. Martins (2011). Funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos. *Millenium*, 40, 185-199.
- Apóstolo, J. L. A. (2012). *Instrumentos para Avaliação em Geriatria (Geriatric Instruments)*. Acessível em Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal. Disponível em http://web.esenfc.pt/v02/include/download.php?id_ficheiro=20538&codigo=688697509
- Araújo, F., Ribeiro, J.; Oliveira, A., Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 25 (2). 59-65
- DGS (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Circular Normativa Nº 09/DGCG de 14 de junho 2003. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- DGS (2010). Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa nº 015/2010 de 14 de dezembro. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0152010-de-14122010.aspx>
- Ferreira, P. L., Miguéns, C., Gouveia, J., & Furtado, K. (2007). *Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão: Implementação nacional da escala de Braden*. Loures: Lusociência.
- GERMI (s.d.). *Avaliação Geriátrica*. Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Disponível em: http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf
- Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista Referência*. 12 (2). 9-16.

APÊNDICE VI – Estudo de caso em Cuidados de Saúde Primários

ESTUDO DE CASO NA ECCI

Enfermeira Orientadora: Maria José

Novembro/Dezembro 2015

No decurso do estágio realizado na Equipa Cuidados Continuados Integrados (ECCI), foi elaborado um estudo de caso com o objetivo de promover a aprendizagem e o desenvolvimento de competências como enfermeira especialista junto da pessoa idosa no seu domicílio, através de uma análise critico-reflexiva.

O Modelo de Parceria (Gomes, 2009,2013) constituiu-se como o referencial teórico na construção deste estudo de caso, assim como, na orientação da intervenção de enfermagem ao longo do estágio. Também o Guião do Processo de Parceria à pessoa idosa com dor irruptiva construído previamente na UD, tornou-se numa vantagem na orientação da intervenção de enfermagem.

A apresentação do estudo de caso foi elaborado considerando as cinco fases do Modelo de Parceria, englobando também o plano de cuidados.

REVELAR-SE

A primeira fase **Revelar-se**, caracteriza-se “... *pelo dar-se a conhecer da pessoa (do doente e do enfermeiro) como ser de projecto e de cuidados.*” (Gomes, 2013, p.99).

O enfermeiro tem uma atitude onde mobiliza as suas competências comunicacionais para se dar a conhecer e conhecer a pessoa idosa esforçando-se por conhecer a sua identidade, o seu contexto de vida e história de doença e de dor, assim como conhecer o seu potencial de desenvolvimento no sentido de promover o seu projeto de saúde e vida.

Dar-se a conhecer à Pessoa Idosa

Na primeira visita, fui apresentada à Sra. A. e seu marido, pela enfermeira orientadora de estágio, dizendo o meu nome e profissão, assim como o motivo da minha presença e objetivo de estágio.

Fui recebida com simpatia e afetividade. Surgiu de imediato um sentimento de empatia e disponibilidade ao longo da visita domiciliária com a Sra. A., pelo que lhe foi colocada a possibilidade de eu ficar um pouco mais para além do tempo da visita realizada pelos enfermeiros da ECCI. A Sra. A. acedeu de imediato, parecendo ficar feliz por ter alguém com disponibilidade e interesse para conversar com ela.

Ficando a sós com a Sra. A no seu quarto, mostrei respeito pelo seu espaço, perguntando-lhe onde poderia sentar-me. Foi-me oferecido o lugar ao lado do seu onde estava sentada, na cama com os membros inferiores fora desta, ao qual acedi.

Recordei o meu objetivo de estágio e o motivo da conversa que iria decorrer. Ao longo da conversa promovi a afetividade com simpatia e algum humor, demonstrei disponibilidade através da escuta ativa e respeitei o seu ritmo dizendo que se pretende-se poderíamos terminar a conversa e continuar numa outra altura.

Nesse dia o marido respeitou a privacidade da Sra. A deixando-nos a sós no quarto durante a nossa conversa, mas mostrando-se disponível para algumas informações que a Sra. A não se recordava, nomeadamente do nome de alguns dos seus medicamentos.

Conhecer a Identidade da Pessoa Idosa

A Sra. A. tem 82 anos de idade, biótipo humano branco, e gosta de ser tratada por Sra. A. A sua nacionalidade é portuguesa, sendo natural da região centro do país. É a 5ª de 9 irmãos, referindo com alguma tristeza que todos já faleceram. Frequentou a escola até à 4ª classe de escolaridade.

Disponibilizou o seu contato telefónico através do número do telefone fixo e também o contato telefónico da filha. Está reformada desde os seus 60 anos, sendo a sua atividade profissional como costureira numa empresa de soutiens.

A Sra. A. é casada com o Sr. M. há 62 anos e vivem numa freguesia da margem sul do Tejo há 45 anos.

Refere ser crente e praticante da religião católica, influenciando-a na maneira de estar e na forma como vivencia as situações no seu percurso de vida.

Conhecer o Contexto de Vida da Pessoa Idosa

A Sra. A. Vive com o marido, Sr. M., que tem 86 anos. Refere terem uma muito boa relação e de amizade. Alguns desentendimentos “como outros casais”, mas que facilmente são resolvidos. Estão casados há 62 anos, e conheceram-se através de amigos comuns. O Sr. M. é independente e autónomo, com uma aparência de acordo com a idade, sendo atualmente o cuidador de referência. Está atento às necessidades da esposa resultantes da dependência atual, e é quem faz as compras dos bens essenciais para a casa.

Tiveram 2 filhos e têm 2 netas e 1 bisneta. O filho faleceu há 33 anos por uma hemorragia cerebral aos 30 anos de idade, do qual tem uma neta atualmente com 32 anos e uma bisneta com 6 anos. A Sra. A. refere que a nora não voltou a casar apesar de não ver nenhum impedimento para retomar a vida com outra pessoa, e que mantém um bom relacionamento e contato, assim como com a neta.

A filha tem 51 anos, da qual tem uma neta de 21 anos e mora relativamente perto da Sra. A.. A filha é divorciada, vive em união de fato com o atual companheiro. Refere que a filha a visita diariamente ao final do dia, e ao fim de semana, e traz o almoço para fazerem a refeição todos juntos. A neta quando possível também acompanha, visto que estuda fora da área de residência.

Tem apoio domiciliário nas refeições durante a semana através de uma associação de solidariedade social, e tem o apoio da filha e marido para o cuidado e limpeza da casa.

Tem uma relação de proximidade com uma vizinha do prédio, que se disponibiliza para algumas compras se necessário, e fica com a chave de casa no caso do marido da Sra. A. se ausentar.

Moram em casa alugada, há 45 anos, num 1º andar sem elevador. A casa apresenta adequado conforto térmico e de ventilação, sem odores e com adequada iluminação. Boas condições de limpeza e de arrumação, verifica-se algum cuidado em libertar o espaço livre de obstáculos para deambulação dentro do que é possível e contando que a filha retirou todos os tapetes para evitar novos acidentes.

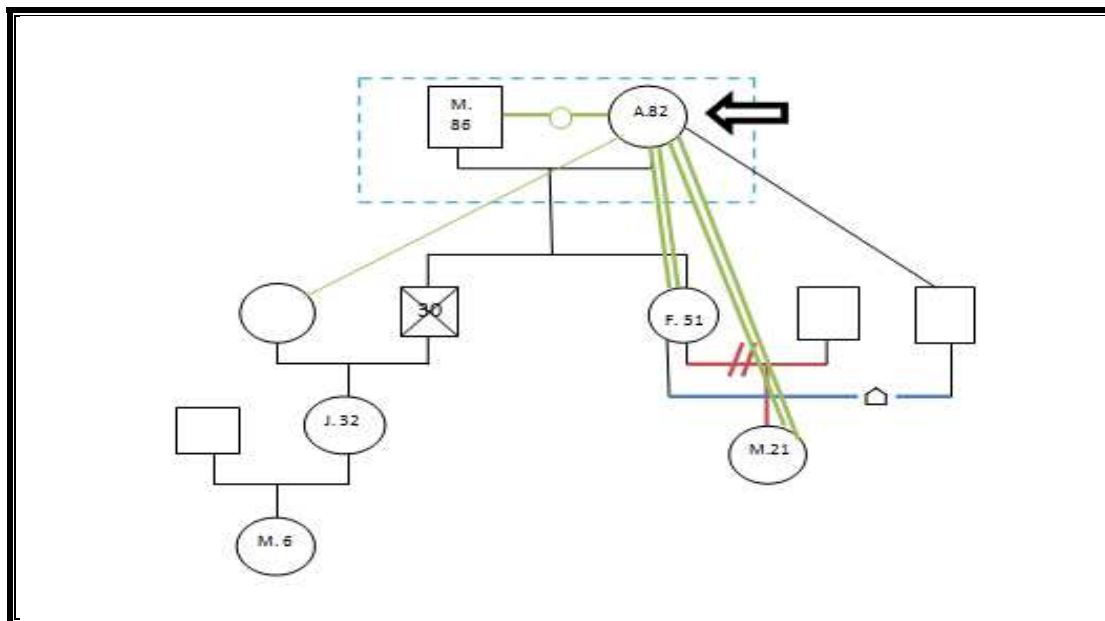
Como ocupação de tempos livres a Sra. A. diz que gosta de fazer ponto cruz, costura e habitualmente saía à tarde com marido para ir com amigos e se distrair um pouco. Como neste momento ainda não pode sair de casa, manifesta alguma tristeza por não o poder fazer. Diz também que não tem motivação para

fazer trabalhos manuais, apesar de poder ajudá-la a distrair-se. Passa a maior parte do tempo no quarto, na cama.

A situação económica não parece ser indicadora de problemas e não manifestam dificuldades, ambos usufruem de reforma.

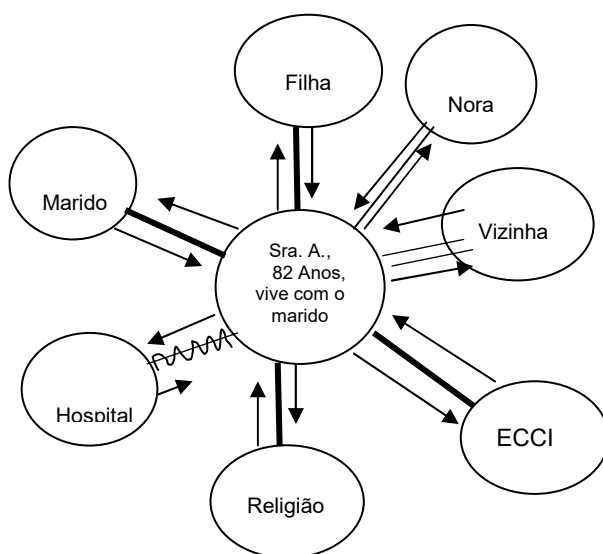
De acordo com as informações fornecidas pela Sra. A. e marido é visível através do Genograma a representação gráfica da família, assim como da dinâmica familiar (Costa, 2013), o Ecomapa identifica as relações e ligações da família com o meio onde habita (Agostinho, 2007).

Genograma



Legenda:						
⇐	Pessoa Índice		Divorcio	==	Relação Próxima	Nome
□	Masculino		Morte	—○—	Relação amor	Idade
○	Feminino		Coabitação	—	Relação Harmoniosa	
□ (dashed)	Família Pesquisada	—	Relação Normal			

Ecomapa



Legenda:					
—	Relação muito forte	—	Relação Distante	↔	Fluxo de energia
==	Relação próxima	~	Relação Fraca		

Conhecer a História de Doença da Pessoa Idosa

A Sra. A. foi admitida na ECCI a 02 de novembro de 2015, para cuidados de reabilitação e gestão de terapêutica após cirurgia para redução incruenta e encavilhamento cefalo-medular com colocação de parafuso cefálico e redução cruenta e osteossíntese com parafuso cortical, a 17 de outubro de 2015 no HGO. A fratura resulta de uma queda da própria altura no domicílio, por compromisso da dorsiflexão dos pés e extensor do halux bilateral (por antecedentes de cirurgia lombar).

Esteve internada no serviço de Traumatologia de um hospital central de 12 a 20 de outubro de 2015. Na consulta de reavaliação de Ortotraumatologia a 26 de outubro foi identificada infecção da ferida operatória por *Pseudomonas Aeruginosa*, tendo ficado internada para iniciar antibioterapia.

Antes da fratura a Sra. A. era autónoma e independente nas atividades de vida diária, apresentando apenas necessidade de auxílio na marcha com andarilho.

Desconhece alergias e nega hábitos aditivos, tem como antecedentes pessoais:

- HTA;
- Dislipidémia
- Cirurgia lombar por hérnia discal L3/L4 em maio de 2013 e nova cirurgia em setembro de 2013 por manter dor
- Arritmia.

Segundo Moraes (2012), as doenças ou condições de saúde podem comprometer os sistemas funcionais, causando incapacidades e até o óbito. Devem por esse motivo, ser devidamente identificadas e controladas. A Sra. A. faz diariamente mais de 4 medicamentos para controlo dos seus problemas de saúde, contribuindo como fator de risco para iatrogenia (Moraes, 2012). No Quadro 1 apresenta-se o seu regime medicamentoso.

Quadro 1- Regime Medicamentoso da Sra. A.

Medicamento	Grupo	Via Ad.	Dose	Horário
Ibersartan+ Hidroclorotiazida	Anti hipertensor	Oral	150mg+ 12,5mg	1 comprimido 1xd (jejum)
Amlodipina	Antagonistas de cálcio	Oral	5mg	1 comprimido 1xdia (jantar)
Omeprazol	Inibidor da bomba de prótons	Oral	20 mg	1 comprimido 1xd (jejum)
Atorvastatina	Estatinas	Oral	20 mg	1 comprimido 1 x d (noite)
Alprazolam	Benzodiazepinas	Oral	0,5 mg	1 comprimido 1xd (deitar)
Metamizol	Analgésico, antipirético e espasmolítico	Oral	575 mg	1 cápsula SOS
Ben-u-ron	Analgésico e antipirético	Oral	1gr	1 comprimido em SOS
Gentamicina	Antibiótico	IM	240 mg	1 x dia

A Sra. A. refere ser autónoma na gestão da sua medicação, mas necessita de apoio na aquisição dos medicamentos na farmácia, situação que é assegurada pelo marido. Tem alguma dificuldade em nomear os medicamentos, pedindo ajuda ao marido para trazer as embalagens. Habitualmente não deixa terminar a medicação, tendo sempre novas embalagens em casa.

Faz a sua própria gestão da medicação, nomeadamente do Alprazolam que justifica ao dizer que o Alprazolam só faz quando está ansiosa e a Amlodipina suspendeu por indicação médica (não nomeia o médico, nem identifica a especialidade) porque apresentou tosse como efeito secundário.

De acordo com Henriques (2011), a prevalência da polimedicação aumenta com a idade e são as pessoas idosas quem apresentam um regime medicamentoso mais complexo. Refere ainda a mesma autora que, a pessoa idosa para ser capaz de gerir de forma eficaz o seu regime medicamentoso, e assim aumentar a sua adesão, deverá identificar e enumerar o nome dos medicamentos, conhecer a aparência do medicamento, as ações terapêuticas e seus efeitos secundários, armazenar corretamente os medicamentos e saber administrá-los adequadamente.

Relativamente ao Médico de Família a Sra. A. refere que tem médico atribuído não sabe o nome porque sempre foi acompanhada por Médico Particular. Aparentemente com uma boa relação, e de longos anos.

Conhecer a história de dor da pessoa idosa

A Sra. A. refere dor em ambos os membros inferiores (abaixo dos joelhos), de início após cirurgia lombar em 2013, que descreve como “dormência”, “calor” e também “frio” que são identificativos de dor neuropática. Identifica como fator de alívio o saco de água quente, mas não identifica nenhum fator de agravamento da dor. Diz que já fez medicação para esta dor, mas sem verificar melhoria. Não consegue identificar o nome dos medicamentos nem precisar há quanto tempo terminou, quando solicitado. Não refere dor na região da anca e coxa direita.

Tem indicação médica para fazer Paracetamol e Metamizol em SOS se dor, pela Ortopneumatologia.

Refere dor controlada durante o dia, com agravamento no período noturno, nos membros inferiores. Classifica a dor como Dor Média no momento (Escala Qualitativa), mas não classifica a dor quando existe agravamento. Refere que faz o Paracetamol em SOS quando a dor está mais intensa (1 vez / dia), com alívio significativo.

Refere que a dor não interfere com os períodos de sono, mas refere alterações do sono desde o falecimento do filho.

ENVOLVER-SE

A segunda fase do processo de Parceria **Envolver-se** caracteriza-se “...*pela criação de um espaço de reciprocidade, que passa pelo estabelecimento de tempo e espaço para desenvolver uma relação de qualidade que permita ir ao encontro da pessoa e desenvolver uma relação de confiança...*” (Gomes, 2013, p. 100).

Demonstrando uma atitude de disponibilidade, centrada na pessoa, de respeito pela pessoa e seu espaço de intimidade, a enfermeira tenta identificar o que há de mais particular na pessoa idosa, para mobilizar esses dados na ação e relação. Esta preocupação e envolvimento vão ajudar a identificar as necessidades e potencialidades da pessoa idosa, mobilizando depois estes conhecimentos para o cuidado de Si.

Conhecer a singularidade do processo de envelhecimento na pessoa

De acordo com Moraes (2012) o processo natural de envelhecimento está associado a diversas alterações estruturais e funcionais nos sistemas fisiológicos principais, no entanto o declínio que daí ocorre não interfere, normalmente, na participação social da pessoa. Assim, através da avaliação multidimensional da pessoa idosa pretende-se identificar problemas que até então seriam atribuídos ao processo de envelhecimento *per si*, e desta forma não serem corretamente avaliados. Este é um processo global e amplo que envolve tanto a pessoa idosa como a família.

Nas visitas domiciliárias realizadas à casa da Sra. A. solicitei sempre licença para entrar, utilizei um tom de voz calmo e adequado. Tentava encontrar uma posição facilitadora para o contato visual com a Sra. A., e por vezes sentei-me ao seu lado a seu pedido, demonstrando disponibilidade para ouvir.

Para a realização da avaliação multidimensional procurei organizar e encaminhar o tipo de informação necessária para poder tomar decisões clínicas adequadas, de acordo com as necessidades de cuidados e posterior plano de cuidados.

Fiz a avaliação cognitiva da Sra. A. através da observação direta, da entrevista realizada e através da utilização do Mini Exame do Estado Mental (MEEM). A

cognição é um conjunto de capacidades mentais que permitem à pessoa compreender e resolver os problemas do quotidiano, e é responsável pela capacidade de decidir (Moraes, 2012). A Sra. A. está consciente e orientada, com discurso coerente, fluente e perceptível, apresenta comportamento e linguagem adequada. O score obtido no MEEM foi 24 (num total de 30 pontos), e significa que não existe défice cognitivo, uma vez que só é considerado défice se pontuação inferior ou igual a 22 pontos, para quem tem entre 1 a 11 anos de escolaridade.

Foi realizado o rastreio da depressão, através de questionário direto. Ao longo da conversa, a Sra. A. demonstrou-se bem-disposta, procurando sempre o lado positivo das situações que vivenciou ao longo do seu percurso de vida. Obteve a pontuação de 2 (num total de 15 pontos), indicador de sem depressão.

Relativamente à avaliação funcional da marcha, utilizei a Classificação Funcional da Marcha de Holden, esta permite determinar o grau de autonomia na marcha. A Sra. A. atualmente necessita de ajuda mínima de uma pessoa para não cair em superfície plana e utiliza o andarilho para assistir no equilíbrio, pelo que se encontra na categoria de marcha dependente nível I.

Para a avaliação funcional das atividades básicas de vida diária, recorri ao Índice de Barthel. As atividades de vida diária básicas são fundamentais para o autocuidado e sobrevivência do indivíduo e referem-se às tarefas do quotidiano, necessárias para o cuidado com o corpo. Nesta avaliação a Sra. A. obteve uma pontuação de 16 pontos (num total de 20 pontos), o que significa que apresenta uma dependência moderada. Esta dependência e necessidade de apoio agravaram-se após a fratura do fémur, necessitando atualmente de ajuda do marido para os cuidados de higiene pessoal e tomar banho. Alimenta-se sozinha desde que lhe coloquem a comida já confeccionada. Tem apoio de instituição que fornece refeições ao domicílio. Necessita de ajuda do andarilho e/ou de uma pessoa levantar-se da cama ou cadeira, subir ou descer escadas e marcha. Tem controlo da função intestinal, mas perde urina acidentalmente, pelo que utiliza fralda devido à dificuldade que tem em alcançar os sanitários atempadamente.

Para avaliação funcional da atividades instrumentais de vida diária, foi utilizada o Índice de Lawton & Brody. Segundo este instrumento as pessoas idosas são classificadas como dependentes ou independentes, baseado em oito atividades. A pontuação máxima é 8 pontos. A Sra. A. obteve a pontuação de 5, o que revela uma dependência moderada. As maiores alterações verificam-se a nível da

realização de compras, preparação de refeições e utilização de meios de transporte. As compras são atualmente realizadas pelo marido, as refeições são asseguradas pela associação de solidariedade social, e só se desloca em carro próprio e conduzido pelo marido.

Pela presença das suas limitações e dependências funcionais justifica-se a pertinência da avaliação do risco de queda, através da Escala de Morse. A Escala consiste em seis variáveis e é um método para avaliar a probabilidade de um doente cair. A pontuação da Sra. A. foi de 75 pontos (num total de 125 pontos), o que indica um elevado risco de queda.

Foi avaliado igualmente o risco de desenvolvimento de úlcera de pressão, através da utilização da Escala de Braden. Esta é constituída por 6 dimensões: perceção sensorial, humidade, atividade, mobilidade, nutrição e fricção e forças de deslizamento. A Sra. A obteve a pontuação de 20 pontos (num total de 23 pontos), o que revela um baixo risco de desenvolvimento de úlceras de pressão. A menor pontuação (maior risco maior a probabilidade de desenvolver úlceras de pressão) verificou-se no item relacionado com a fricção e forças de deslizamento devido à dificuldade na movimentação ou com necessidade de ajuda mínima para o fazer.

A Sra. A apresenta à observação pele e mucosas coradas e hidratadas, apresenta penso na coxa direita por infeção da ferida operatória por *Pseudomonas Aeruginosa*. O penso encontra-se limpo externamente e sem cheiro, com ferida em fase de cicatrização.

Em relação à antropometria, mede 1,60 m e pesa cerca de 80 Kg (refere ter perdido algum peso desde o internamento, mas não consegue quantificar). Apresentando como Índice de Massa Corporal (IMC) o valor de 25Kg/m^2 , este valor encontra-se entre os limites da eutrofia. Segundo a OMS (2003), citado por Moraes (2008), os limites da eutrofia para a população idosa situam-se entre $18,5\text{Kg/m}^2$ a 25Kg/m^2 , e da obesidade para valores superiores a 27Kg/m^2 .

Foi realizado a avaliação do estado nutricional da Sra. A. através do *Mini Nutritional Assessment*, e obteve a pontuação de 22, o que coloca a doente sob risco de desnutrição, pelas alterações na mobilidade, pela perda de peso recente e por ter passado por uma situação de doença aguda nos últimos 3 meses. No entanto, não refere falta de apetite, e consome legumes, lacticínios, carne ou peixe em quantidade adequada por dia, assim como em relação aos líquidos ingeridos.

Não refere dificuldade na mastigação, apresenta prótese dentária total, estando bem adaptada.

Apresenta alterações da visão e por isso utiliza óculos para ver ao longe e para ver ao perto. Não apresenta nem refere alterações na audição.

Para uma melhor organização e planeamento de cuidados, o seguinte quadro contém todas as informações essenciais e representa o diagnóstico funcional da Sra. A.

Quadro 2- Diagnóstico Funcional Global da Sra. A.

Funções			Comprometimento funcional	
			Não	Sim
Comunicação	Visão			Utiliza óculos para ver ao perto e ao longe
	Audição		X	
	Fala/voz		X	
Cognição/ Humor	Cognição		X	
	Humor		X	
Mobilidade	Postura/marcha			Marcha Dependente Nível 1
Atividades vida diária	Atividades vida diária			Dependência Moderada (higiene pessoal/tomar banho, ajuda de canadianas e da supervisão de uma pessoa, para levantar-se/subir e descer escadas, perde urina acidentalmente)
	Atividades instrumentais da vida diária			Dependência Moderada (fazer compras, preparar refeições, tarefas domésticas, lavar a roupa e utilização dos meios de transporte)
Outras funções	Saúde Bucal			Utiliza prótese dentária
	Estado nutricional			Risco de desnutrição
	Continência Esfincteriana	Urinária	X Perda de urina em pequena quantidade / Dificuldade acesso aos sanitários, pela dependência marcha	
		Fecal		X
	Risco queda			Elevado risco de queda
	Risco de ulcera pressão			Baixo risco de desenvolvimento de úlcera pressão
	Sono		X	
Interação social	Lazer		X	
	Suporte familiar		X (Marido e filha)	
	Suporte social		X Associação de Solidariedade Social	
	Segurança ambiental		X	

Fonte: Moraes (2008)

Segundo Moraes (2012), o termo fragilidade é utilizado para representar o grau de vulnerabilidade do idoso a desfechos adversos, como institucionalização, dependência ou morte. O declínio funcional é a principal manifestação de vulnerabilidade da pessoa idosa que se reflete no cuidado de si mesmo e gerir a sua vida. De acordo com a classificação clínico-funcional do idoso de Moraes (2014), a Sra. A. encontra-se numa situação de Idoso Frágil, que é descrito como

o declínio funcional estabelecido e incapaz de gerenciar sua vida, em virtude da presença de incapacidades únicas ou múltiplas, como incapacidade cognitiva (demência, depressão e “doença mental”); instabilidade postural (história de duas ou mais quedas nos últimos seis meses e/ou dificuldades da marcha caracterizada por desequilíbrio e alterações no padrão da marcha, capazes de restringir a participação social do indivíduo); imobilidade parcial ou completa; incontinência esfinteriana capaz de restringir a participação social do indivíduo; incapacidade comunicativa (distúrbios da comunicação oral/escrita, da audição e da visão, capazes de restringir a participação social do indivíduo).” (Moraes, 2014, p.15).

Ainda segundo o mesmo autor e classificação, a Sra. A. encontra-se numa subcategoria de idoso frágil de alta complexidade por apresentar uma dependência funcional nas atividades de vida diária associada a condições de saúde de difícil gestão clínica (diagnóstico, tratamento ou reabilitação).

Uma vez que o marido da Sra. A. é quem assume a função de cuidador familiar, pareceu-me pertinente a realização da avaliação da sobrecarga do cuidador através da Escala de Zarit. Esta Escala permite avaliar a sobrecarga objetiva e subjetiva dos cuidadores informais de pessoas idosas dependentes. A pontuação obtida foi de 49 pontos (num total de 110 pontos), o que significa que existe uma sobrecarga ligeira sobre o Sr. M. como cuidador. Constata-se que o maior impacto na avaliação realizada é relacionado com a alteração das relações sociais, e a perda de controlo da sua vida pela dependência presente na Sra. A.

Conhecimento dos recursos da pessoa idosa

Durante as visitas domiciliárias a Sra. A. reconhece que o marido tem sido um grande apoio na sua recuperação, uma vez que este é atualmente o cuidador principal. Refere que apesar de cada um ter a sua personalidade sempre conseguiram ter uma boa relação de amizade, e dedicação um com o outro. Tem

sido sempre o seu suporte emocional, e fala em particular na situação do falecimento do filho.

O Sr. M. assegura os cuidados à esposa durante as 24 horas. A Sra. A. diz com algum humor o facto de agora o marido ter que desempenhar algumas tarefas domésticas que anteriormente não era hábito fazer, nomeadamente com a limpeza da casa e lavar a louça. Mas demonstra também alguma preocupação, pois o Sr. M. também está em convalescença de uma cirurgia dermatológica (retirou um sinal na região infra costal, e aguarda resultado da biópsia) e tem sido ele a dar o maior apoio às necessidades da Sra. A..

A filha da Sra. A. também é referida como um grande suporte para algumas das necessidades que não são totalmente satisfeitas pelo marido. Refere que foi a filha que possibilitou o apoio domiciliário para as refeições diárias, e contribui também no cuidado da casa.

Em relação às expetativas, no decurso das visitas domiciliárias a Sra. A. mostra-se confiante na sua recuperação, referindo com agrado as pequenas evoluções que ia tendo ao longo do tempo, nomeadamente na diminuição da dependência de terceiros. Demonstrou motivação na realização de exercícios para estimulação do desempenho funcional.

Encontra junto da equipa da ECCI um recurso para o desenvolvimento da sua recuperação.

CAPACITAR OU POSSIBILITAR

A 3ª fase do Modelo de Parceria **Capacitar/ Possibilitar** “...*é construir uma acção conjunta no desenvolvimento de competências para agir e decidir (...)*” (Gomes, 2013, p. 101).

Ao longo das visitas domiciliárias procurou-se a partilha de responsabilidades e poder, tendo em conta a singularidade da Sra. A. pretendendo transformar as suas capacidades potenciais em reais e poder assumir o controlo do cuidado de Si. Para tal, foi desenvolvido um processo informado, esclarecido, reflexivo e negociado (Gomes, 2013).

A intervenção teve a sua maior incidência na promoção e incentivo na independência que permita à Sra. A. continuar com o seu projeto de vida.

Nas várias visitas domiciliárias realizadas, a Sra. A. verbalizou como sendo sua maior expectativa e desejo conseguir sair de casa e retomar a sua rotina, encontrando-se com as amigas à tarde na companhia do marido. Refere que tem a percepção de que é uma ocupação importante pois permite manter-se ativa, manter as relações sociais e ajudar na sua saúde mental, assim como do marido.

Segundo Gomes (2009), os enfermeiros ao estimular os progressos da pessoa idosa, permitem que esta continue a reagir e a impulsionar as suas forças para continuar o seu projeto de vida. Também a participação do familiar cuidador é fundamental neste percurso, e por isso deve ser elogiado nos progressos que vai apresentando ao cuidar do seu familiar.

Nas primeiras visitas domiciliárias foi incentivada a deambulação com andarilho no domicílio e a manutenção dos exercícios musculares dos membros inferiores em repouso já indicados previamente pela fisioterapeuta e enfermeiros da ECCI. Foram dados reforços positivos quando realizava os exercícios na presença da fisioterapeuta ou enfermeiros ou quando verbalizava que tinha cumprido o plano de exercícios, sendo sempre explicado os benefícios da realização dessas mesmas atividades para a sua autonomia.

Foi encorajada a realizar algumas atividades da sua rotina quotidiana de forma a promover a sua independência. Foi com satisfação que a Sra. A. referiu já ter ânimo e capacidade para a realização de algumas atividades domésticas, como colocar a roupa a lavar na máquina, lavar a loiça das refeições, e também na sua capacidade de se deslocar com a ajuda do andarilho.

Ao longo das visitas realizadas, que são predominantemente no período matinal, a Sra. A. encontrava-se na cama e com o pijama vestido. Procurou-se que Sra. A. tivesse interesse em vestir-se de manhã e não se mantivesse de pijama durante o dia, o que iria ajudar a retomar as suas rotinas diárias. Foi realizada uma tentativa de negociação com a Sra. A. para que numa próxima visita estivesse vestida sem pijama, mas que não possível concretizar. Como impedimento referiu o frio e o facto de não necessitar de sair de casa. Foi tida em conta a vontade e ritmo da Sra. A., não impondo as intervenções planeadas.

No final do estágio foi possível iniciar o processo de deslocação até às escadas, sendo esta a primeira etapa para ir ao encontro ao desejo da Sra. A, que

era poder ir até à rua. A Sra. A. utilizou o andarilho para realizar este trajeto e foi importante para mim acompanhar esta situação, pois fiquei atenta para alguns aspetos importantes. Nomeadamente a técnica para utilizar o andarilho em segurança e subir e descer as escadas de uma forma correta e adaptada às condições da casa , no caso da Sra. A. que vivia no 1º andar sem elevador.

Através desta intervenção foi possível identificar as potencialidades da Sra. A. tornando-as reais de forma a promover a sua autonomia.

COMPROMETER-SE

A quarta fase do Modelo de Parceria **Comprometer-se**, implica a concretização dos objetivos definidos, através de esforços conjuntos e ações que visam a transição de uma capacidade real para uma real ou promover a saúde, e contribuir para que a pessoa idosa possa assumir ou assegurar o controlo do seu projeto de vida e saúde (Gomes, 2013).

O Plano de Cuidados é a estratégia utilizada para a organização do cuidado, sendo o foco da intervenção de enfermagem a promoção do cuidado de Si, ou assegurar o cuidado do Outro quando é necessário a intervenção do cuidador familiar.

No Plano de Cuidados realizado são identificados os problemas, resultados esperados, intervenções de enfermagem e os compromissos assumidos pela Sra. A. e a enfermeira.

Problemas Identificados	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem	Compromissos estabelecidos em parceria
<p>Mobilidade física prejudicada relacionada com a presença de marcha lenta com andarilho por compromisso da dorsiflexão dos pés e extensor do halux bilateral e fratura fêmur direito, manifestado por <u>dependência moderada</u>, tanto nas atividades de vida diárias (Índice de Barthel) e atividades instrumentais de vida diárias (Índice de Lawton e Brody), com maior evidência na higiene pessoal, ida à casa de banho, tomar banho, subir e descer escadas/fazer compras/utilização, transportes e tarefas domésticas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Que a Sra. A apresente dor controlada - Que a Sra. A. alcance uma dependência parcial nas atividades de vida diárias e instrumentais ou, idealmente a independência total - Que a Sra. A. consiga em segurança e de forma autônoma subir e descer escadas - Que a Sr.^a A. aceda de forma autônoma ou com supervisão à rua, diminuindo o isolamento, promovendo a socialização 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a dor nas visitas domiciliárias - Reforçar a gestão da terapêutica analgésica - Incentivar à realização de exercícios de reabilitação - Supervisionar que a Sra. A. realiza levante diário - Incentivar a realização das atividades para a promoção da sua independência - Incentivar a realização das atividades que consegue - Reforçar a importância das condições de segurança durante as atividades - Criar oportunidades de subir e descer as escadas do domicílio acompanhada - Sessão de treino com enfermeira da atividade de descer e subir escadas, de forma a capacitar a Sra. A. para a realização da mesma - Dar tempo e espaço para que o faça sozinha com supervisão; - Reforço positivo nos progressos da Sra. A. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fazer terapêutica analgésica segundo prescrição, se dor moderada ou intensa - Realizar movimentos ativos quando está em repouso e realizar períodos a andar ao longo do dia - Caminhar pela casa por períodos, 2 a 3 x dia - Com o marido, de orientar e supervisionar a realização das atividades - Realizar atividades em segurança, aguardar pelo apoio e/ou supervisão - Realizar de forma autônoma as atividades de vida diárias e instrumentais que consegue

Problemas Identificados	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem	Compromissos estabelecidos em parceria
Risco de queda relacionado com desequilíbrio, dor membros inferiores, e marcha dependente nível 1 com apoio de andarilho (escala de <i>Holden</i>), manifestada por <u>elevado risco de queda</u> (escala de <i>Morse</i>).	- Que a Sra. A.. não apresente quedas.	<ul style="list-style-type: none"> - Reforçar a importância da marcha por períodos ao longo da casa - Reforçar o uso de calçado adequado para que se desloque confortavelmente e em segurança - Reforçar a utilização correta do andarilho na marcha - Avaliar periodicamente (1 x mês) a marcha e o risco de queda, e sempre que haja alterações - Reforçar positivamente para a manutenção dos percursos dentro de casa desimpedidos de objetos para que possa mobilizar-se em segurança - Incentivar e elogiar o cuidador familiar (marido) na supervisão e na estimulação da mobilização segura da Sra. A 	<ul style="list-style-type: none"> - A Sra. A. comprometeu-se a realizar períodos de marcha, respeitando os princípios de segurança - O marido continuar a supervisionar a marcha e transferências, em especial nos momentos com maior risco de queda
<u>Integridade da pele prejudicada</u> , manifestada pela presença de ferida cirúrgica infectada na coxa direita, que se apresenta com tecido de granulação e epiteliação sem sinais inflamatórios ou exsudado.	- Que a Sra. A. alcance uma integridade da pele mantida	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar penso 3 vezes por semana - Vigiar presença de sinais inflamatórios - Vigiar a evolução cicatricial da ferida operatória - Realizar tratamento de acordo com o estadio e evolução das lesões 	- Alternar períodos de deambulação pelo domicílio com períodos de repouso no leito duas a três vezes por dia.

Problemas Identificados	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem	Compromissos estabelecidos em parceria
<p><u>Sobrecarga Ligeira do cuidador familiar</u> (marido), através da aplicação da Escala de Zarit, relacionado com a alteração das relações sociais, e a perda de controlo da sua vida pela dependência da Sra. A.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Diminuir a sobrecarga sobre o cuidador familiar - Identificar os recursos internos (familiares) e externos (comunidade) disponíveis - Prevenir o Isolamento social 	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar a expressão do Sr. M. sobre as suas dificuldades, sentimentos e emoções como prestador de cuidados à esposa. - Apoiar o Sr. M no seu desempenho como cuidador familiar - Informar sobre os recursos disponíveis na comunidade - Elogiar o envolvimento do Sr. M como cuidador familiar 	<ul style="list-style-type: none"> - Expressão de sentimentos sempre que o desejar - Disponibilização para ajudar a procurar recursos, quando achar necessário

ASSUMIR O CONTROLO DO CUIDADO DE SI PRÓPRIO OU ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO

A 5ª e última fase do Modelo de Parceria **Assumir o Controlo de Si / Assegurar o Cuidado do Outro** “...significa o doente consegue ter controlo sobre o seu projecto de vida e saúde, está informado, consegue decidir qual o melhor caminho para si, consegue gerir a sua situação, manifesta conforto e bem-estar (...) significa que a família adquire capacidade para ajudar a cuidar do doente.” (Gomes, 2013, p. 103).

Pretende-se que nesta fase a pessoa idosa consiga gerir a sua situação de doença, saiba atuar perante a mesma e solicite ajuda quando necessário, trabalhando em parceria com a equipa de saúde na promoção da sua saúde e gestão de doença, de acordo com o seu projeto de vida e saúde.

Na situação particular da Sra. A. é possível reconhecer uma maior autonomia procurando assumir o controlo no cuidado de Si. No entanto a Sr.ª A. encontra ainda dificuldade em assumir o controlo do seu projeto de vida nomeadamente na mobilidade. Sendo esta uma área que interfere na sua independência e autonomia verifica-se a necessidade de apoio, pelo que exige atualmente uma intervenção presente e continuada.

O marido enquanto cuidador principal assume um papel fundamental no assegurar o cuidado da esposa (apoio na higiene e substituição da Sra. A. nas atividades que não consegue realizar por si) garantindo que possa continuar o seu projeto de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agostinho, M. (2007). Ecomapa. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 23, 327-230. Disponível em https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=8&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwit9r6c_tbJAhVGTBQKHYS4sQFgg4MAc&url=http%3A%2F%2Feventos.fecam.org.br%2Farquivosbd%2Fpaginas%2F1%2F0.307825001366390062_ecomapa.pdf&usg=AFQjCNEytx3a6XI-e8yUWD-eJKGJ6t-qcA&bvm=bv.109910813,d.ZWU
- Costa, R. P. (2013). Representação gráfica de famílias com recurso ao Genopro®: (re) descobrir o genograma familiar no contexto da investigação qualitativa. *Indagatio Didactica*, 5 (2), 723-733. Disponível em https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjurPOg_tbJAhXGOxQKHbPuDZEQFggBMAA&url=http%3A%2F%2Frevistas.ua.pt%2Findex.php%2FID%2Farticle%2FviewFile%2F2486%2F2354&usg=AFQjCNGu94ntmsonOSa8Hv6zhGIKbJPESa
- Gomes, I. D. (2009). *Cuidado de Si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio*. Lisboa: Instituto de Ciências de Saúde, Universidade Católica Portuguesa. Tese de doutoramento.
- Gomes, I.D. (2013). Promover o Cuidado de Si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio. 77-113. In Lopes, M. A. P (org.). *O Cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa: Da Investigação à Prática*. Loures: Lusociência.
- Henriques, A. (2011). Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade. Eficácia das intervenções de enfermagem. Tese de doutoramento em Enfermagem. Universidade de Lisboa.
- Moraes, E. N. (2008). Processo de envelhecimento e bases da avaliação multidimensional do idoso. In Borges, A. P. A. & Coimbra, A. M. C. (org.). *Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Educação à Distância. Disponível em https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjCt_rd-9bJAhXKXRQKHQBnAp8QFggmMAI&url=http%3A%2F%2Fwww5.ensp.fiocr

[uz.br%2Fbiblioteca%2Fdados%2Ftxt_215591311.pdf&usg=AFQjCNFMTPeNrgMRt20IHSmYFOEfGMfSkq](https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjzrsSA-9bJAhWGuhQKHAYTD5YQFggjMAA&url=http%3A%2F%2Fapsredes.org%2Fsite2012%2Fwp-content%2Fuploads%2F2012%2F05%2FSaude-do-Idoso-WEB1.pdf&usg=AFQjCNEzhfpvhjl_nci6L3YH_9rBaE5FSA)

Moraes, E. N. (2012). Atenção á saúde do Idoso: Aspectos Conceptuais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Disponível em https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjzrsSA-9bJAhWGuhQKHAYTD5YQFggjMAA&url=http%3A%2F%2Fapsredes.org%2Fsite2012%2Fwp-content%2Fuploads%2F2012%2F05%2FSaude-do-Idoso-WEB1.pdf&usg=AFQjCNEzhfpvhjl_nci6L3YH_9rBaE5FSA

Moraes, E. N. & Moraes, F. L. (2014). Avaliação Multidimensional do Idoso (4ª ed.). Folium: Belo Horizonte. Disponível em https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjCt_rd-9bJAhXKXRQKHQBnAp8QFgghMAE&url=http%3A%2F%2Fwww.folium.com.br%2Famostras%2FAmostra_avaliacao_multidimensional_do_idoso_4ed.pdf&usg=AFQjCNGyZ95PXA3tUhrmcFHI4rVhs9sluA

**APÊNDICE VII- Sessão de Formação na UCC-“Pessoa Idosa com Dor
Irruptiva: Intervenção de Enfermagem”**

Pessoa Idosa com Dor Irruptiva: Intervenção de Enfermagem

Professora: Idalina Gomes
Orientadora de estágio: Maria José Leão
Estudante : Mª Dulce Guerreiro

ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

Duplo envelhecimento da população ¹

Patologia crónica múltipla ^{2,3}

A dor crónica é comum entre as pessoas idosas ³



O processo de envelhecimento implica múltiplas transições ⁴

1. Instituto Nacional de Estatística (2014). População residente em Portugal: com tendências para a diminuição e envelhecimento. Lisboa: INE.
2. - Gwy, A. G., Baluch, A. & Scott, J. T. (2010). Pain Management in the Elderly Population: A Review. The Geriatric Journal, 20(3), 379-383.
3. DGS (2004) Programa Nacional para o Cuidado das Pessoas Idosas. Circular Normativa n.º 15/2004 de 22 Julho 2004. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
4. Molloy, A. L. (2010). Transitions theory: midlife and age-specific theories in nursing research and practice. New York: Springer Publishing Company.

MODELO CONCEPTUAL TEORIA DAS TRANSIÇÕES - MELEIS

- ❖ **Transição** a passagem de um estado relativamente estável para outro estado estável, e este processo é despoletado por uma mudança¹
- ❖ A experiência da transição saudável exige que a pessoa idosa:
 - ❖ incorpore novos conhecimentos,
 - ❖ altere comportamentos,
 - ❖ redefina os significados associados aos eventos e,
 - ❖ consequentemente, altere a definição de si mesmo no contexto social^{2,3}

1. Meleis, A. I. (2000). *Transitions theory: mid-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
2. Tróvão, A. L. A. (2013). A pessoa com dor crónica - Um modelo de acompanhamento de enfermagem. Tese de doutoramento não publicada. Universidade Católica Portuguesa, Porto.
3. Shumaker, K.L., Jones, P.S. & Meleis, A.I. (2003). Helping Elderly Persons in Transition: A Framework for Research and Practice. In E. A. Swanson & T. Tripp-Romer (Eds.), *Life Transitions in the older adult: Issues for nurses and other health professionals* (pp. 3-18). New York: Springer.

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA PESSOA IDOSA COM DOR CRÓNICA

Transições intrinsecamente ligadas à saúde e necessidade de cuidados de enfermagem¹

Intencionalidade → facilitar processos de transição saudáveis²

Para os enfermeiros torna-se um desafio assistir a pessoa idosa a lidar com as transições que afetam a sua saúde³

1. Meleis, A. I. (2000). *Transitions theory: mid-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
2. Tróvão, A. L. A. (2013). A pessoa com dor crónica - Um modelo de acompanhamento de enfermagem. Tese de doutoramento não publicada. Universidade Católica Portuguesa, Porto.
3. Shumaker, K.L., Jones, P.S. & Meleis, A.I. (2003). Helping Elderly Persons in Transition: A Framework for Research and Practice. In E. A. Swanson & T. Tripp-Romer (Eds.), *Life Transitions in the older adult: Issues for nurses and other health professionals* (pp. 3-18). New York: Springer.

IMPACTO DA DOR CRÓNICA NA QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA IDOSA ^{1,2}

❖ **Dor Crónica**³ Dor que de forma contínua ou recorrente, existe há 3 meses ou mais, ou quando persiste para além do curso normal de uma doença aguda ou da cura da lesão que lhe deu origem



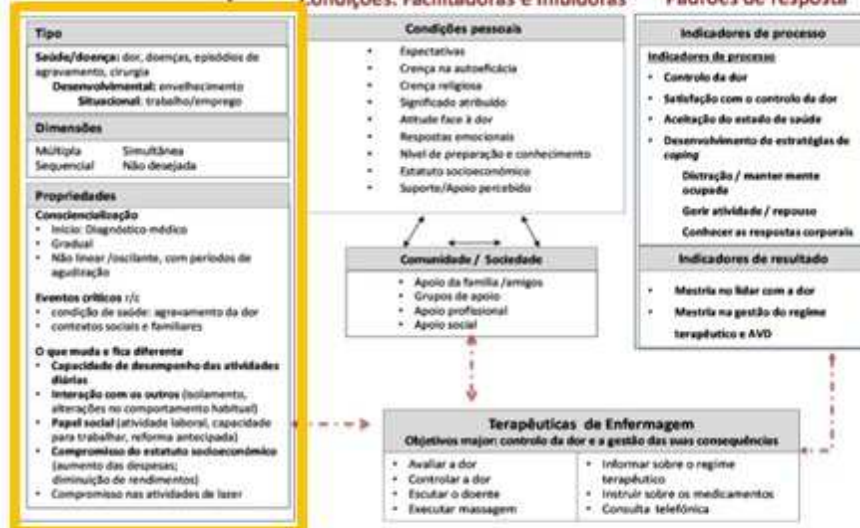
¹ DDI (2010). Orientação: técnicas adms e controlis de dor crónica na pessoa idosa nº 010/2010 de 14 de dezembro.
² DDI (2004b) Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Circular Normativa nº 12/2004 de 02 Julho 2004. Gabinete Direção-Geral da Saúde.
³

Pessoa com dor Transição Pessoa que vive com a dor

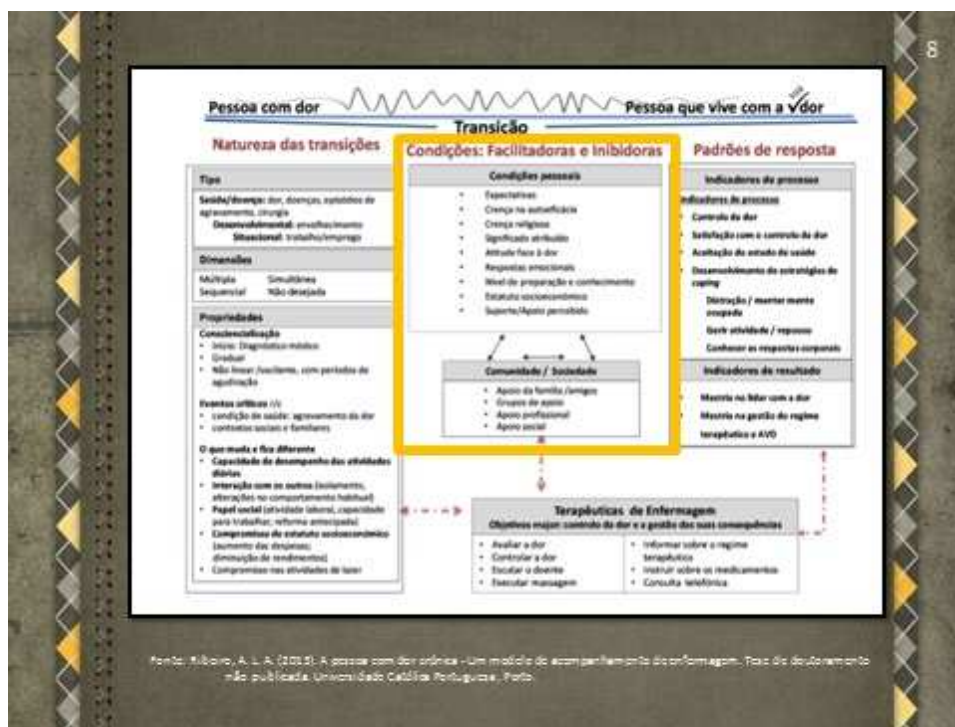
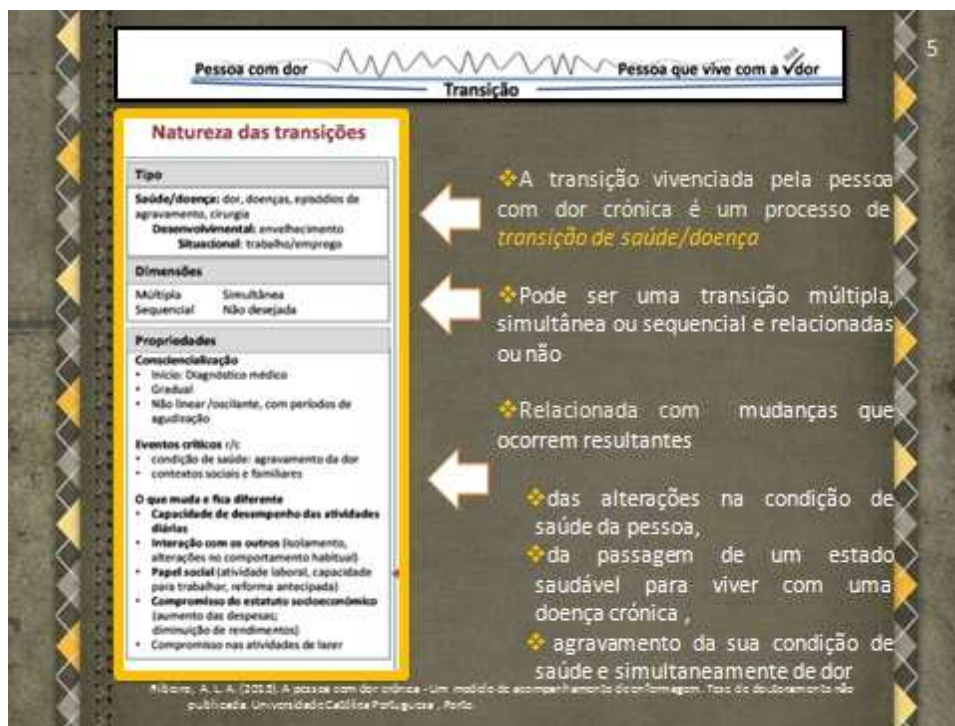
Natureza das transições

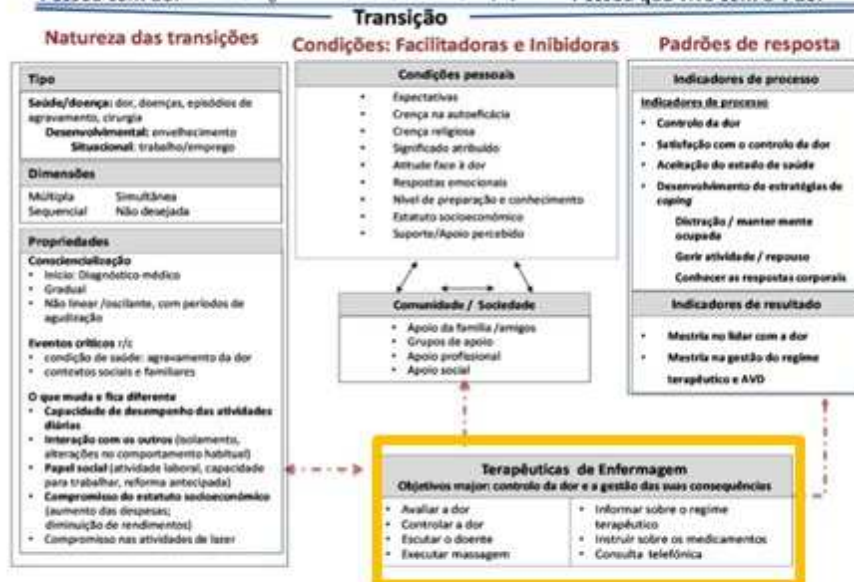
Condições: Facilitadoras e Inibidoras

Padrões de resposta




Fonte: Milheiro, A. L. A. (2015). A pessoa com dor crónica - um modelo de acompanhamento de enfermagem. Tese de doutoramento não publicada. Universidade Católica Portuguesa, Porto.





Fonte: Milosini, A. L. A. (2015). A pessoa com dor crónica - um modelo de acompanhamento de enfermagem. Tese de doutoramento não publicada. Universidade Católica Portuguesa, Porto.

Pessoa com dor  Pessoa que vive com a dor 11

Transição

Terapêuticas de Enfermagem

Objetivos maior: controlo da dor e a gestão das suas consequências

• Avaliar a dor	• Informar sobre o regime terapêutico
• Controlar a dor	• Instruir sobre os medicamentos
• Escutar o doente	• Consulta telefónica
• Executar massagem	

- ❖ **controlo da dor**
(intervenções destinadas à sua prevenção e tratamento)
- ❖ **capacitar a pessoa com dor (cuidador principal/família) de competências para gerir a dor de forma eficaz**
(o envolvimento da pessoa no controlo da dor e respeitando o princípio ético da autonomia da pessoa)

Fonte: Milosini, A. L. A. (2015). A pessoa com dor crónica - um modelo de acompanhamento de enfermagem. Tese de doutoramento não publicada. Universidade Católica Portuguesa, Porto.

ENFERMAGEM e a PESSOA IDOSA COM DOR CRÓNICA

"É essencial que os enfermeiros possuam os **conhecimentos** e as **capacidades** para proceder ao **diagnóstico** da dor que a pessoa percebe e decidir pelas **intervenções** mais apropriadas, em **parceria** com a pessoa e/ ou família."

(Ribeiro, 2013,p.57)

Pinto Ribeiro, A. L. A. (2003). A pessoa com dor crónica - um modelo de acompanhamento de enfermagem. Tese de doutoramento não publicada. Universidade Católica Portuguesa, Porto.

CONCEITOS

- ❖ **Dor Irruptiva¹** uma exacerbação transitória da dor que ocorre quer espontaneamente quer desencadeada por um fator específico (previsível ou imprevisível), apesar do relativamente estável e adequado controlo da dor basal
- ❖ **Dor Basal adequadamente controlada²** Dor ligeira ou sem dor, durante > ou = 12 horas/ dia na semana anterior

¹ Portney, R.K., Portney, K., Lissner, D., Hanly, G. (2004). Difficult pain problems: an integrative approach. In Doyle, D., Hanly, G., G., Cherny, N., Colman, R., ed. Oxford textbook of Palliative Medicine, 3rd ed. Oxford University Press, 433-438.

² Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa. Domínios de prática - Guiadões 2013 - Quarta edição

REPRESENTAÇÃO DA DOR IRRUPTIVA



Ponteiro-Santos, J., Raposo, C., Oliveira, A. & Ribeiro A. L. (2015). Avaliação e tratamento da dor irruptiva oncológica. *Revista Brasileira de Oncologia*, Ano VIII, (28), 10-15.

CLASSIFICAÇÃO DA DOR IRRUPTIVA^{1,2,3}



1. Bennett, D., Euton, A.W., Fehman, S., Petron, S., McCarberg, S., Maslovski, C., ... Wong, W. (2005). Consensus Panel Recommendations for the Assessment and Management of Breakthrough Pain-Part 2: Management. *Pain and Reproductive Journal*, 32(5), 394-397.
2. Davies, A. (2009). *Oncoendocrinology*. Oxford: Oxford University Press.
3. Ponteiro-Santos, J., Raposo, C., Oliveira, A. & Ribeiro A. L. (2015). Avaliação e tratamento da dor irruptiva oncológica. *Revista Brasileira de Oncologia*, Ano VIII, (28), 10-15.

CARACTERÍSTICAS DA DOR IRRUPTIVA ^{1,2,3}

- ❖ **Inesperada**
- ❖ **Frequente** (número de episódios de dor irruptiva varia entre 1 a 7 episódios)
- ❖ Intensidade **moderada a severa** (pode atingir o seu pico em 3-15 minutos, às vezes em segundos)
- ❖ **Duração curta** (intensidade máxima após 3 minutos de seu início, durando em média 15-30 minutos, podendo durar até aos 60 minutos)

1. Bennett, D., Ebdon, A.W., Ashman, S., Padman, S., Metcalfe, S., Nisikowski, C., ... Wong, W. (2005). Consensus Panel Recommendations for the Assessment and Management of Breakthrough Pain-Part 2: Management, Pharmacy and Therapeutics Journal, 30(5), 324-330.

2. Caraceni, A., Delord, A., Poulain, P., Corda-Punta, H., Penderel, J.L. & Penderel, D. (2013). Guidelines for the Management of Breakthrough Pain in Patients With Cancer Journal of the National Comprehensive Cancer Network, 10, 31, 329-336.

3. Santos, J., Raposo, C., Oliveira, A. & Ribeiro A. L. (2005). Avaliação e tratamento da dor irruptiva oncológica. Revista Oncologia Ano VIII, (25)10-13.

TERAPÊUTICA DE RESGATE

- A terapêutica de resgate é administrada consoante a necessidade da pessoa idosa, em vez de horas fixas
- Opióides de início de libertação imediata
 - Opióides orais (Tramadol gotas; Sevredol®, Oramorph®)
(efeito ao fim de 30-40 min, pico ao fim de 1 hora e efeito aproximado 4 h)
- Opióides de início de ação rápido
 - Opióides orais sublinguais (Travex Rapid ; Abstral®)
(efeito ao fim de 10 min, pode durar até 1 h)
 - Opióides orais transmucosos (Actiq®)
(demora até 15' e dissolve; efeito ao fim de 3' e 3' e pode durar até 2 h)
 - Opióide de fentanilo sob a forma de película bucal (Breakyl®)
(demora 15' e 30' e dissolve)

Santos, J., Raposo, C., Oliveira, A. & Ribeiro A. L. (2005). Avaliação e tratamento da dor irruptiva oncológica. Revista Oncologia Ano VIII, (25)10-13.



Fonte: Ribeiro, A. L. A. (2015). A pessoa com dor crónica - Um modelo de acompanhamento da enfermagem. Tese de doutoramento não publicada. Universidade Católica Portuguesa, Porto.

Padrões de resposta

Indicadores de processo

Indicadores de processo:

- Controlo da dor
- Satisfação com o controlo da dor
- Aceitação do estado de saúde
- Desenvolvimento de estratégias de coping
 - Distração / manter mente ocupada
 - Gerir atividade / repouso
 - Conhecer as respostas corporais

Indicadores de resultado

- Mestría no lidar com a dor
- Mestría na gestão do regime terapêutico e AVD

São considerados indicadores de uma transição saudável a qualidade de vida, a capacidade funcional, a energia disponível e um maior nível de consciencialização.

Na pessoa idosa com dor

Ribeiro, A. L. A. (2015). A pessoa com dor crónica - Um modelo de acompanhamento da enfermagem. Tese de doutoramento não publicada. Universidade Católica Portuguesa, Porto.

o b r i g a d a

**APÊNDICE VIII- Guião do Processo de Parceria à Pessoa Idosa com
Dor Crónica / Irruptiva**

Guião do Processo de Parceria à Pessoa Idosa com Dor Crónica / Irruptiva

REVELAR-SE – Fase 1	
<i>“...caracteriza-se pelo dar-se a conhecer da pessoa (do doente e do enfermeiro) como ser de projecto e de cuidados.” (Gomes, 2013, p.99)</i>	
DAR-SE A CONHECER À PESSOA IDOSA	
A enfermeira cumprimenta a pessoa idosa	
A enfermeira apresenta-se (nome, profissão)	
A enfermeira explica o que vai fazer (objetivo avaliação inicial/continuidade com a consulta médica)	
A enfermeira promove a afetividade (demonstra carinho, simpatia)	
A enfermeira promove um ambiente propício à interação (mostra disponibilidade e respeito pela pessoa, promove a escuta ativa).	
CONHECER A IDENTIDADE DA PESSOA IDOSA	
Nome	
Nome pelo qual gosta de ser tratado	
Sexo	
Biótipo	
Idade	
Nacionalidade/naturalidade	
Escolaridade	
Contacto telefónico	
Atividade profissional (atual e anterior)	
Estado civil	
Religião e espiritualidade	

REVELAR-SE – Fase 1	
<i>“...caracteriza-se pelo dar-se a conhecer da pessoa (do doente e do enfermeiro) como ser de projecto e de cuidados.” (Gomes, 2013, p.99)</i>	
CONHECER O CONTEXTO DE VIDA DA PESSOA IDOSA	
Agregado familiar (com quem vive)	
Pessoa referência (nome, parentesco, contacto telefónico)	
Rede familiar (quem são, relacionamento, tipo de apoio)	
Condições habitacionais (tipo de casa, salubridade, se é próprio ou alugado)	
Situação económica (existem dificuldades, de que tipo)	
Rede de apoio (médico família, apoio social, centro dia, cuidador familiar)	
Atividades lazer/projeto vida (ocupação tempos livres, o que deseja para si)	
Hábitos de vida/ comportamentos aditivos	
Experiências anteriores que podem influenciar a forma como vivenciam a situação atual (proximidade com serviço de oncologia, familiares acompanhados pela Unidade Dor)	
CONHECER A HISTÓRIA DA DOENÇA DA PESSOA IDOSA	
Diagnóstico provisório	
Referenciação (Instituição/ Especialidade/ nome do médico)	
A pessoa idosa tem conhecimento do diagnóstico (Compreende? Aceita?)	
A pessoa idosa tem conhecimento do prognóstico (Compreende? Aceita?)	
O cuidador familiar tem conhecimento do diagnóstico (Compreende? Aceita?)	
O cuidador familiar tem conhecimento do prognóstico (Compreende? Aceita?)	
Antecedentes pessoais médicos/ cirúrgicos	
Alergias	
Medicação habitual no domicílio	
Responsabilidade da gestão terapêutica (quem, em quê, porquê, problemas de adesão)	

REVELAR-SE – Fase 1 “...caracteriza-se pelo dar-se a conhecer da pessoa (do doente e do enfermeiro) como ser de projecto e de cuidados.” (Gomes, 2013, p.99)	
CONHECER A HISTÓRIA DE DOR DA PESSOA IDOSA	
Localização	
Descritores (dor neuropática e/ ou dor nociceptiva)	
Temporalidade (início, duração padrão)	
Intensidade (Escala de auto ou heteroavaliação) ¹	
Fatores de exacerbação	
Fatores de alívio	
Medicação analgésica	
Duração efeito medicação	
Impacto da dor nas atividades vida (Inventário Resumido da Dor)	

¹**Escala de auto-avaliação da intensidade dor** (Escala Numérica, Escala Qualitativa, Escala de Faces):

DGS (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Norma nº 9/DGCG de 14/6/2003.

Escala de hetero-avaliação para idosos com alterações cognitivas:

*Doloplus 2

Guarda, H. (2007). Avaliação da dor na pessoa idosa não-comunicante verbalmente – Escala Doloplus 2. *Revista Dor*, 15, 41-47.

DGS (2010). Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa nº 015/2010 de 14 de dezembro.

*PAINAD

Batalha, L. M. C.; Duarte, C. I. A.; Rosário, R. A. F.; Costa, M. F.S.P.; Pereira, V. J. R. & Morgado, T. M. M. (2012). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala *Pain Assessment in Advanced Dementia*. *Revista Referência*, III série, 8. 7-16.

ENVOLVER-SE – Fase 2 <i>“...caracteriza-se pela criação de um espaço de reciprocidade, que passa pelo estabelecimento de tempo e espaço para desenvolver uma relação de qualidade que permita ir ao encontro da pessoa e desenvolver uma relação de confiança...” (Gomes, 2013, p. 100)</i>	
CONHECER A SINGULARIDADE PROCESSO DE ENVELHECIMENTO NA PESSOA	
Estado Mental (consciência/orientação, eventual aplicação MEEM)	Pontuação:
Estado funcional (Marcha: escala Holden; atividades básicas vida: escala Barthel; atividades instrumentais vida: Índice de Lawton & Brody)	Pontuação: Pontuação: Pontuação:
Estado afetivo (estado emocional, solidão, isolamento: Escala Depressão Geriátrica abreviada GDS-15)	Pontuação:
Estado nutricional (mucosa oral, problemas de mastigação, de deglutição, falta de peças dentárias, ingestão hídrica, se estão incluídas verduras, fruta; Mini Nutritional Assessement)	Pontuação:
Eliminação (vesical, padrão transito intestinal, medidas adaptativas)	
Sono (padrão, medidas adaptativas)	
Estado sensorial (visão, audição, tato, alterações, medidas adaptativas, próteses)	

ENVOLVER-SE – Fase 2

“...caracteriza-se pela criação de um espaço de reciprocidade, que passa pelo estabelecimento de tempo e espaço para desenvolver uma relação de qualidade que permita ir ao encontro da pessoa e desenvolver uma relação de confiança...” (Gomes, 2013, p. 100)

CONHECIMENTO MÚTUO DOS RECURSOS DA UNIDADE DOR E DA PESSOA IDOSA

A enfermeira realiza a socialização à unidade dor (equipa, organização, consultas/tratamentos disponíveis)

A enfermeira informa sobre a consulta telefónica (objetivos, número contato, horário, circuito de resolução)

A enfermeira fornece o guia de acolhimento

A enfermeira procura saber quais as expectativas da pessoa idosa sobre Unidade Dor

A enfermeira procura saber quais as expectativas do **cuidador familiar** sobre UD

A enfermeira enquadra e explicita as expectativas dentro dos limites previsíveis

A enfermeira mostra-se disponível para a pessoa idosa (tem tempo para a ouvir, centra os cuidados na pessoa, mostra respeito)

A enfermeira mostra-se disponível para o **cuidador familiar** (tem tempo para a ouvir, centra os cuidados na pessoa, mostra respeito)

A enfermeira procura conhecer o que a pessoa idosa sabe sobre auto-avaliar a dor (escalas de auto ou hetero-avaliação)

A enfermeira procura conhecer o que a pessoa idosa sabe sobre a gestão do seu regime terapêutico (acessibilidade à Unidade Dor, utilização de medidas não farmacológicas; consultas de seguimento,...)

A enfermeira procura conhecer o que a pessoa idosa sabe sobre o seu regime medicamentoso (sabe a terapêutica de base prescrita)

ENVOLVER-SE – Fase 2 <i>“...caracteriza-se pela criação de um espaço de reciprocidade, que passa pelo estabelecimento de tempo e espaço para desenvolver uma relação de qualidade que permita ir ao encontro da pessoa e desenvolver uma relação de confiança...” (Gomes, 2013, p. 100)</i>	
CONHECIMENTO MÚTUO DOS RECURSOS DA UNIDADE DOR E DA PESSOA IDOSA (Cont.)	
A enfermeira procura conhecer o que o cuidador familiar sabe sobre avaliação da dor à pessoa idosa (escalas de auto ou hetero-avaliação)	
A enfermeira procura conhecer o que cuidador familiar sabe sobre a gestão do regime terapêutico da pessoa idosa (acessibilidade à UD, utilização de medidas não farmacológicas; consultas de seguimento,...)	
A enfermeira procura conhecer o que o cuidador familiar sabe sobre o regime medicamentoso da pessoa idosa	
O enfermeiro procura conhecer o que a pessoa idosa sabe sobre a terapêutica de resgate (sabe a terapêutica de resgate prescrita, faz terapêutica de resgate, com que frequência e a sua eficácia)	
O enfermeiro procura conhecer o que o cuidador familiar sabe sobre a terapêutica de resgate da pessoa idosa (sabe a terapêutica de resgate prescrita, faz terapêutica de resgate, com que frequência e a sua eficácia)	
A enfermeira envolve o cuidador familiar nos cuidados (convida-o, esclarece dúvidas)	

CAPACITAR OU POSSIBILITAR – Fase 3

“...é construir uma ação conjunta no desenvolvimento de competências para agir e decidir...”
(Gomes, 2013, p. 101)

PARTILHAR O PODER PARA A CONSTRUÇÃO AÇÃO CONJUNTA**PROMOVER O CUIDADO DE SI**

A enfermeira partilha conhecimento com a pessoa idosa sobre o regime terapêutico

A enfermeira demonstra/ treina a pessoa idosa sobre o regime medicamentoso

A enfermeira partilha conhecimento com a pessoa idosa sobre a terapêutica resgate

A enfermeira demonstra/ treina a pessoa idosa sobre a terapêutica resgate

A enfermeira fornece folhetos informativos

A enfermeira partilha conhecimento sobre possíveis efeitos secundários da terapêutica, vigilância e sua prevenção (náuseas, vômitos, sonolência, obstipação)

A enfermeira partilha informação e conhecimento sobre os cuidados na prevenção da obstipação com a pessoa idosa

O enfermeiro articula-se com os diferentes profissionais conforme as necessidades da pessoa idosa e seu cuidador familiar

A enfermeira promove o cuidado de Si, respeita os tempos da pessoa idosa, e atende às suas preferências

A enfermeira incentiva a pessoa idosa na adesão ao regime terapêutico

CAPACITAR OU POSSIBILITAR – Fase 3	
<i>“...é construir uma acção conjunta no desenvolvimento de competências para agir e decidir...”</i> (Gomes, 2013, p. 101)	
PARTILHAR O PODER PARA A CONSTRUÇÃO AÇÃO CONJUNTA	
PROMOVER O CUIDADO DO OUTRO	
A enfermeira partilha conhecimento com o cuidador familiar sobre o regime terapêutico	
A enfermeira demonstra/ treina o cuidador familiar sobre o regime medicamentoso	
A enfermeira partilha conhecimento com o cuidador familiar sobre a terapêutica resgate	
A enfermeira demonstra/ treina o cuidador familiar sobre a terapêutica resgate	
A enfermeira fornece folhetos informativos	
A enfermeira partilha conhecimento sobre possíveis efeitos secundários da terapêutica, vigilância e sua prevenção (náuseas, vômitos, sonolência, obstipação)	
A enfermeira partilha informação e conhecimento sobre os cuidados na prevenção da obstipação na pessoa idosa com o cuidador familiar	
A enfermeira incentiva o cuidador familiar na adesão ao regime terapêutico	

COMPROMETER-SE – Fase 4

“...desenvolvimento de esforços conjuntos no sentido de procurar atingir os objectivos definidos, para assumir ou assegurar o controlo ou a progressão do projecto de vida e saúde da pessoa idosa,...” (Gomes, 2013, p. 103)

SUPORTAR O COMPROMISSO COM A PESSOA IDOSA**O ENFERMEIRO PROMOVE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA AGIR E DECIDIR/ POSSIBILITAR O CUIDADO DE SI**

A enfermeira valida as intervenções realizadas na promoção do cuidado de Si no controlo da dor crónica

A enfermeira valida intervenções desenvolvidas na promoção do cuidado de Si na dor irruptiva

A enfermeira ajuda a pessoa idosa a construir a capacidade de assumir ou assegurar o cuidado de si não controlo da dor crónica (iniciativa de recorrer à UD telefónica ou presencialmente)

O ENFERMEIRO PROMOVE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA AGIR E DECIDIR/POSSIBILITAR O CUIDADO DO OUTRO

A enfermeira valida as intervenções realizadas na promoção do **cuidado do Outro** no controlo da dor crónica

A enfermeira valida intervenções desenvolvidas na promoção do **cuidado do Outro** na dor irruptiva

A enfermeira ajuda o cuidador familiar a construir a capacidade de assumir ou assegurar o **cuidado o Outro** no controlo da dor crónica (iniciativa de recorrer à Unidade Dor telefónica ou presencialmente)

ASSUMIR O CONTROLO DO CUIDADO DE SI PRÓPRIO OU ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO – Fase 5 <i>“...significa que o doente consegue ter controlo sobre o seu projecto de vida e saúde, está informado, consegue decidir qual o melhor caminho para si, consegue gerir a sua situação, manifesta conforto e bem estar (...) significa que a família adquire capacidade para ajudar a cuidar do doente.” (Gomes, 2013, p. 103)</i>	
ASSUMIR OU ASSEGURAR O CUIDADO DE SI	
A pessoa idosa detém informação que lhe permite tomar decisões relativas ao cuidado de Si no controlo da dor	
A pessoa idosa sabe auto-avaliar a dor (escalas de auto ou hetero-avaliação)	
A pessoa idosa sabe gerir o seu regime terapêutico (acessibilidade à Unidade Dor, utilização de medidas não farmacológicas; consultas de seguimento,...)	
A pessoa idosa sabe gerir o seu regime medicamentoso (sabe a terapêutica de base prescrita)	
A pessoa idosa sabe gerir a terapêutica de resgate nos episódios de dor irruptiva (sabe a terapêutica de resgate prescrita, faz terapêutica de resgate, com que frequência e a sua eficácia)	
A pessoa idosa tem conhecimento sobre possíveis efeitos secundários da terapêutica, vigilância e sua prevenção (náuseas, vômitos, sonolência, obstipação)	
A pessoa idosa sabe os cuidados na prevenção da obstipação	
A pessoa idosa conhece os recursos disponíveis na unidade dor (consulta telefónica, presencial)	
A pessoa idosa tem dor controlada	

ASSUMIR O CONTROLO DO CUIDADO DE SI PRÓPRIO OU ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO – Fase 5

“...significa que o doente consegue ter controlo sobre o seu projecto de vida e saúde, está informado, consegue decidir qual o melhor caminho para si, consegue gerir a sua situação, manifesta conforto e bem estar (...) significa que a família adquire capacidade para ajudar a cuidar do doente.” (Gomes, 2013, p. 103)

ASSUMIR OU ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO

O **cuidador familiar** detém informação que lhe permite tomar decisões relativas ao cuidado do Outro no controlo da dor

O cuidador familiar sabe avaliar a dor à pessoa idosa (escalas de auto ou hetero-avaliação)

O **cuidador familiar** sabe gerir o regime terapêutico da pessoa idosa (acessibilidade à Unidade Dor, utilização de medidas não farmacológicas; consultas de seguimento,...)

O **cuidador familiar** sabe o regime medicamentoso da pessoa idosa

O **cuidador familiar** sabe gerir a terapêutica de resgate da pessoa idosa nos episódios de dor irruptiva (sabe a terapêutica de resgate prescrita, faz terapêutica de resgate, com que frequência e a sua eficácia)

O cuidador familiar tem conhecimento sobre possíveis efeitos secundários da terapêutica na pessoa idosa, sua vigilância e prevenção (náuseas, vômitos, sonolência, obstipação)

O cuidador familiar sabe os cuidados na prevenção da obstipação na pessoa idosa

O **cuidador familiar** conhece os recursos disponíveis na unidade dor (consulta telefónica, presencial)

O **cuidador familiar** reconhece que a pessoa idosa tem dor controlada

ANEXO IX- Grelha de Observação dos Registos de Enfermagem

GRELHA DE OBSERVAÇÃO DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM

1ª Fase- Revelar-se “...o enfermeiro (...) mobiliza as suas competências de comunicação para se dar a conhecer e conhecer a outra pessoa” (Gomes,2013, pág.99)

INDICADOR	Registado	Não registado
Identidade da pessoa idosa		
Nome Completo da Pessoa		
Sexo		
Idade		
Identidade da enfermeira		
Nome da enfermeira		

2ª Fase- Envolver-se “... partilha informação com o doente. Mostra disponibilidade: senta-se, ouve-o, procura ir ao encontro da necessidade e do projeto de vida e saúde expresso deste, mudando o seu planeamento em função da prioridade, preocupação e necessidade da pessoa” (Gomes,2013, pág. 100)

INDICADOR	Registado	Não registado
Contexto de Vida da pessoa idosa: quem contacta a Unidade		
Próprio		
Cônjuge		
Filho/a		
Outro		
Enfermeira identifica o motivo do contacto		
Solicitação de Receituário		
Solicitação de Terapêutica		
Dor não controlada		
Obstipação		
Náuseas		
Vómitos		
Anorexia		
Outros		
Marcação de Consulta		
A enfermeira avalia a dor da pessoa idosa		
Localização		
Intensidade (utilização de escalas de auto ou hetero-avaliação)		
Descritores		
Temporalidade		
Fatores exacerbação / alívio		
A enfermeira procura conhecer o que a pessoa sabe sobre o seu regime medicamentoso		
Sabe a terapêutica de base prescrita		
Faz terapêutica de base		

INDICADOR	Registado	Não registado
A enfermeira procura conhecer o que o cuidador familiar sabe sobre o regime medicamentoso da pessoa idosa		
Sabe a terapêutica de base prescrita		
Faz terapêutica de base		
A enfermeira procura conhecer o que a pessoa idosa sabe sobre a terapêutica de resgate		
Sabe terapêutica de resgate prescrita		
Faz terapêutica de resgate		
Com que frequência faz a terapêutica de resgate		
Eficácia da terapêutica de resgate		
A enfermeira procura conhecer o que o cuidador familiar sabe sobre a terapêutica de resgate da pessoa idosa		
Sabe terapêutica de resgate prescrita		
Faz terapêutica de resgate		
Com que frequência faz a terapêutica de resgate		
Eficácia da terapêutica de resgate		

3ª Fase- Possibilitar / Capacitar “... o enfermeiro partilha a responsabilidade e o poder (...)escuta, pergunta, para em conjunto continuarem a identificar e validar a necessidade e as potencialidades da pessoa, valorizando os conhecimentos que a pessoa idosa detém da situação, atendendo às suas prioridades...”
(Gomes, 2013, pág. 102)

INDICADOR	Registado	Não registado
A enfermeira promove o cuidado de Si na pessoa idosa		
A enfermeira partilha informação e conhecimento sobre o regime medicamentoso com a pessoa idosa		
A enfermeira partilha informação e conhecimento sobre a terapêutica de resgate com a pessoa idosa		
A enfermeira partilha conhecimento sobre possíveis efeitos secundários da terapêutica, vigilância e sua prevenção (náuseas, vômitos, sonolência, obstipação)		
A enfermeira incentiva a adesão ao regime medicamentoso com a pessoa idosa		
A enfermeira partilha informação e conhecimento sobre os cuidados na prevenção da obstipação com a pessoa idosa		

INDICADOR	Registado	Não registado
A enfermeira promove o cuidado do Outro no familiar cuidador		
A enfermeira partilha informação e conhecimento sobre o regime medicamentoso com o cuidador familiar		
A enfermeira partilha informação e conhecimento sobre a terapêutica de resgate com o cuidador familiar		
A enfermeira partilha conhecimento sobre possíveis efeitos secundários da terapêutica, vigilância e sua prevenção (náuseas, vômitos, sonolência, obstipação) com o cuidador familiar		
A enfermeira incentiva a adesão ao regime medicamentoso com o cuidador familiar		
A enfermeira partilha informação e conhecimento sobre os cuidados na prevenção da obstipação com o cuidador familiar		
A enfermeira articula-se com outros profissionais de saúde consoante as necessidades da pessoa idosa /cuidador familiar		
Resolução Imediata		
Encaminhamento para marcação de consulta		
Encaminhamento para Médica da Unidade Dor para receituário		
Encaminhamento para Médica da Unidade Dor para avaliação médica		
Encaminhamento para Médico Externo da Unidade Dor		
Outros		

4ª Fase- Comprometer-se “... desenvolvimento de esforços conjuntos no sentido de procurar atingir os objetivos definidos, para assumir ou assegurar o controlo ou progressão do projeto de vida e saúde da pessoa doente idosa...” (Gomes,2013, pág. 103)

INDICADOR	Registado	Não registado
A enfermeira promove o desenvolvimento de competências para agir e decidir/possibilitar o cuidado de Si		
A enfermeira ajuda a pessoa idosa a construir a capacidade de assumir ou assegurar o cuidado de si não controlo da dor crónica (iniciativa de recorrer à UD telefónica ou presencialmente)		
A enfermeira valida com a pessoa idosa intervenções desenvolvidas na promoção do cuidado de Si na dor irruptiva		
A enfermeira promove o desenvolvimento de competências para agir e decidir/possibilitar o cuidado do Outro		
A enfermeira ajuda o cuidador familiar a construir a capacidade de assumir ou assegurar o cuidado o Outro no controlo da dor crónica (iniciativa de recorrer à UD telefónica ou presencialmente)		
A enfermeira valida com o cuidador familiar intervenções desenvolvidas na promoção do cuidado Do Outro na dor irruptiva		

5ª Fase- Assegurar o cuidado de Si/ cuidado do Outro “... o doente consegue ter controlo sobre o seu projeto de vida e saúde (...)a família adquire capacidade para ajudar a cuidar do doente...” (Gomes, 2013, pág.103)

INDICADOR	Registado	Não registado
Assumir e assegurar o controlo do cuidado de Si		
A pessoa idosa sabe auto-avaliar a dor (escalas de auto-avaliação)		
A pessoa idosa sabe gerir o seu regime medicamentoso (sabe a terapêutica de base prescrita)		
A pessoa idosa sabe gerir a terapêutica de resgate nos episódios de dor irruptiva (sabe a terapêutica de resgate prescrita, faz terapêutica de resgate, com que frequência e a sua eficácia)		
A pessoa idosa conhece os recursos disponíveis na unidade dor (consulta telefónica, presencial)		
Assumir e assegurar o controlo do cuidado o Outro		
O cuidador familiar sabe avaliar a dor à pessoa idosa (escalas de auto ou heteroavaliação)		
O cuidador familiar sabe gerir o regime medicamentoso da pessoa idosa (sabe a terapêutica de base prescrita)		
O cuidador familiar sabe gerir a terapêutica de resgate da pessoa idosa nos episódios de dor irruptiva (sabe a terapêutica de resgate prescrita, faz terapêutica de resgate, com que frequência e a sua eficácia)		
O cuidador familiar conhece os recursos disponíveis na unidade dor (consulta telefónica, presencial)		

**APÊNDICE X- Resultados e análise dos registros de enfermagem
na consulta telefónica / presencial (avaliação inicial)**

Resultados e Análise dos Registos de Enfermagem na Consulta Telefónica / Presencial (Observação Inicial)

Contextualização dos Registos

O doente e / ou cuidador familiar na 1ª consulta são informados do contacto telefónico da UD disponível, para esclarecimento de dúvidas, por dor não controlada com regime terapêutico instituído, controlo de efeitos secundários, solicitação de terapêutica para manutenção do regime medicamentoso, entre outros assuntos que o doente / cuidador familiar considerem pertinentes.

Assim, qualquer contacto do doente / cuidador familiar à UD após a 1ª consulta é registado em folha própria denominada Folha de Registo de Consulta Telefónica/ Presencial (Anexo 1), construída pela equipa multidisciplinar.

O atendimento da consulta telefónica/ presencial é realizado por uma das enfermeiras, que faz a triagem do motivo do contato e encaminhamento da situação.

Para mais fácil compreensão, descreve-se o procedimento da utilização da consulta telefónica/ presencial:

- o doente ou cuidador familiar contata a UD telefónica/presencialmente:
- a enfermeira identifica-se e solicita a identificação do doente ao próprio ou ao familiar cuidador, e o motivo do contato;
- a enfermeira faz a triagem da situação assim como o diagnóstico de enfermagem;
- a enfermeira pode fazer o seguinte encaminhamento de acordo com a situação: encaminhamento para o Médico da UD; encaminhamento para outros profissionais de saúde consoante as necessidades da pessoa / familiar cuidador ou, pode a situação ter resolução imediata através de partilha de informação e conhecimento que promovam/ garantam a continuidade de cuidados à pessoa no controlo da dor crónica;
- a enfermeira faz a transmissão da situação ao médico da UD se tiver sido esse o encaminhamento realizado;
- o médico faz a sua avaliação e diagnóstico clínico, tomando uma decisão;
- a decisão clínica e as alterações do regime terapêutico são validadas pelo médico e enfermeira;

- a enfermeira comunica a decisão médica e ajuste do regime terapêutico ao doente ou familiar cuidador, certificando a sua compreensão (Martins & Lopes, 2010).

Análise dos registos

No período de 05 a 16 de outubro de 2015 (10 dias úteis), foi feita colheita de dados de todos os registos de enfermagem das consultas realizadas, telefónica ou pessoalmente, por contacto do próprio doente ou do cuidador familiar, à UD.

Foi elaborada uma grelha de análise desenvolvida e sustentada no Modelo de Parceria (Gomes, 2013) (Anexo 2).

Foram contabilizados 74 registos da folha de contato telefónico/presencial, mas foram analisados apenas os registos identificados como pertencendo a pessoas idosas (65 ou mais anos), dado a especificidade deste projeto na pessoa idosa, sendo 24 o seu total.

Da população alvo, ou seja, dos 24 contactos verifica-se que 12 correspondem a doentes do sexo masculino e os outros 12 a doentes do sexo feminino. A média de idades é de 74,04 anos.

De seguida apresenta-se a análise dos resultados obtidos, tendo por base a grelha referida acima.

A 1ª Fase do Modelo - **Revelar-se**, caracterizada pelo “ (...) dar-se a conhecer da pessoa (do doente e do enfermeiro) como ser de projecto e de cuidados.” (Gomes, 2013, p.99), pode ser identificada na folha de registos através de dados como: o nome completo do doente, o sexo, a idade, que permite conhecer a identidade da pessoa idosa, assim como a identificação (nome e número mecanográfico) da enfermeira que faz a triagem da situação.

INDICADOR	Registado	Não registado
Identidade da pessoa idosa		
Nome Completo da Pessoa	21	3
Sexo	24	0
Idade	24	0
Identidade da enfermeira		
Nome da enfermeira	24	0

Através dos seguintes resultados verifica-se que é dada importância à identidade quer da pessoa idosa quer da enfermeira que faz o atendimento, estando completos os registos na sua maioria. No que diz respeito ao nome completo da pessoa idosa, encontraram-se 3 registos (num total de 24) com o nome incompleto da pessoa idosa, pelo que foram considerados como não registados.

É possível também, conhecer alguns dados sobre o contexto de vida da pessoa idosa através da identificação da pessoa que contacta a UD e a relação que tem com a pessoa idosa com dor crónica. Assim verifica-se que dos 24 contatos, 17 são realizados por familiares com laços familiares próximos, cônjuges (n=8), filho/a (n=8) e uma sobrinha (outros, n=1).

De salientar que o sexo feminino está maioritariamente representado na iniciativa de entrar em contacto com a UD, quer seja como doente (n=5), ou familiar do doente (n=15).

INDICADOR	Registado	Não registado
Contexto de Vida da pessoa idosa: quem contacta a Unidade		
Próprio	7	0
Cônjuge	8	0
Filho/a	8	0
Outro	1	0
Total	24	0

A 2ª Fase do Modelo – **Envolver-se**, é descrita como a fase em que o enfermeiro partilha informação com o doente; procura ir de encontro ao seu projeto de vida e de saúde, ouvindo-o, fazendo o planeamento de acordo com a sua prioridade e necessidade da pessoa (Gomes, 2013).

Verificou-se que existem várias razões que motivam os doentes ou familiares cuidadores a contactar a UD, e que demonstram o seu conhecimento sobre: como fazer a manutenção do seu regime terapêutico no controlo da dor (através da solicitação de receitas ou terapêutica, marcação de consulta de seguimento),

solicitação de ajuda sobre efeitos secundários eventualmente associados ao regime medicamentoso, ou em situação de dor não controlada.

INDICADOR	Registado	Não registado
Enfermeira Identifica o motivo do contacto		
Solicitação de Receituário	7	0
Solicitação de Terapêutica	5	0
Avaliação dor	21	3
Dor controlada	14	3
Dor não controlada	7	3
Obstipação	0	0
Náuseas	0	0
Vómitos	1	0
Anorexia	0	0
Outros	2	0
Marcação de Consulta	2	0
Total	24	0

Centro-me a partir deste momento, apenas nos contactos em que o motivo principal é dor não controlada (n=7).

A enfermeira deve fazer a avaliação da dor através da sua caracterização, tendo em conta a sua localização, descritores, intensidade, temporalidade, fatores de exacerbação e de alívio, medicação base e de resgate. No entanto, constata-se que os registos não espelham as informações necessárias para a correta avaliação de dor. Nenhum dos contactos contempla o registo de todos os parâmetros de avaliação. Destaca-se a valorização da localização (n=4), mas por outro lado não é registado em nenhum dos contatos os descritores verbais da dor.

INDICADOR	Registado	Não registado	Total
A enfermeira avalia a dor da pessoa idosa			
Localização	4	3	7
Descritores	0	7	7
Intensidade (utilização de escalas de auto ou heteroavaliação)	0	7	7
Temporalidade	2	5	7
Fatores exacerbação / alívio	3	4	7

Relativamente ao que a enfermeira procura conhecer sobre o que a pessoa sabe sobre o seu regime medicamentos, inclui-se o conhecimento que a pessoa idosa ou familiar cuidador possui sobre a sua terapêutica de base, e se a faz corretamente de modo a manter a dor controlada.

Deparamo-nos com a inexistência de registos relativamente à terapêutica de base por parte da pessoa idosa. Em 4 contactos realizados por cuidadores familiares, apenas 1 explicita a terapêutica de base que a pessoa idosa faz.

INDICADOR	Registado	Não registado	Total
A enfermeira procura conhecer o que a pessoa sabe sobre o seu regime medicamentoso			
Sabe a terapêutica de base prescrita	0	3	3
Faz terapêutica de base	0	3	3
A enfermeira procura conhecer o que o cuidador familiar sabe sobre o regime medicamentoso da pessoa idosa			
Sabe a terapêutica de base prescrita	1	3	4
Faz terapêutica de base	1	3	4

Quanto á terapêutica de resgate e a enfermeira procurar conhecer o que a pessoa idosa sabe sobre a terapêutica de resgate, verifica-se que existe uma maior preocupação por parte da enfermeira em determinar a postura da pessoa idosa ou seu cuidador familiar no controlo da dor, ou seja, se tem conhecimento sobre a sua terapêutica de resgate prescrita, se esta é feita e qual a sua eficácia sobre a dor. No

total dos 7 contatos, 5 contém informações concretas relativamente à terapêutica de resgate.

INDICADOR	Registado	Não registado	Total
A enfermeira procura conhecer o que a pessoa idosa sabe sobre a terapêutica de resgate			
Sabe terapêutica de resgate prescrita	2	1	3
Faz terapêutica de resgate	2	1	3
Com que frequência faz a terapêutica de resgate	2	1	3
Eficácia da terapêutica de resgate	2	1	3
A enfermeira procura conhecer o que o cuidador familiar sabe sobre a terapêutica de resgate da pessoa idosa			
Sabe terapêutica de resgate prescrita	3	1	4
Faz terapêutica de resgate	3	1	4
Com que frequência faz a terapêutica de resgate	2	2	4
Eficácia da terapêutica de resgate	2	2	4

A 3ª Fase do Modelo – **Capacitar/ Possibilitar** traduz-se pelo desenvolvimento pelo enfermeiro, de um processo informado, reflexivo e negociado que permita o desenvolvimento de competências à pessoa idosa com dor irruptiva, no agir e decidir, e assegurar o controlo de si e do seu projeto de vida e de saúde (Gomes, 2013).

Pode nesta fase o enfermeiro assumir a responsabilidade do cuidado que o Outro devia ter consigo próprio se tivesse capacidade de autonomia, ou ainda ajudar a capacitar a família para cuidar da pessoa idosa. (Gomes, 2013).

De acordo com o que foi acima descrito, e através dos dados relativamente ao indicador sobre a promoção do cuidado de Si na pessoa idosa com dor irruptiva verifica-se que existe um número reduzido, quase inexistente até, de registos em relação à partilha de informação e conhecimento do enfermeiro com a pessoa idosa com dor irruptiva ou seu cuidador familiar.

De salientar que, como elemento da equipa de enfermagem, com conhecimento e experiência relativamente à prática de enfermagem da UD na

promoção da autonomia da pessoa idosa e seu cuidador familiar no controlo da dor irruptiva, fiquei surpresa com os resultados obtidos. Ao contrário do que seria de esperar, a participação e investimento da enfermeira no desenvolvimento da capacidade da pessoa idosa ou do seu cuidador familiar no cuidado de Si / cuidado do Outro, não se encontram nos registos que são feitos pelas próprias enfermeiras.

INDICADOR	Registado	Não registado	Total
A enfermeira promove o cuidado de Si na pessoa idosa com dor irruptiva			
A enfermeira partilha informação e conhecimento sobre o regime medicamentoso com a pessoa idosa	0	7	7
A enfermeira partilha informação e conhecimento sobre a terapêutica de resgate com a pessoa idosa	1	6	7
A enfermeira partilha conhecimento sobre possíveis efeitos secundários da terapêutica, vigilância e sua prevenção (náuseas, vómitos, sonolência, obstipação)	0	7	7
A enfermeira incentiva a adesão ao regime medicamentoso com a pessoa idosa	0	7	7
A enfermeira promove o cuidado do Outro no cuidador familiar à pessoa idosa com dor irruptiva			
A enfermeira partilha informação e conhecimento sobre o regime medicamentoso com o cuidador familiar	0	7	7
A enfermeira partilha informação e conhecimento sobre a terapêutica de resgate com o cuidador familiar	0	7	7
A enfermeira partilha conhecimento sobre possíveis efeitos secundários da terapêutica, vigilância e sua prevenção (náuseas, vómitos, sonolência, obstipação) com o cuidador familiar	0	7	7
A enfermeira incentiva a adesão ao regime medicamentoso com o cuidador familiar	0	7	7
A enfermeira partilha informação e conhecimento sobre os cuidados na prevenção da obstipação com o cuidador familiar	0	7	7

Ainda relativamente à 3ª fase do Modelo- **Capacitar/ Possibilitar**, o enfermeiro deverá ter capacidade de partilha de poder e responsabilidade, ajudar a transformar capacidades potenciais em reais para que a pessoa idosa possa vir a ter o controlo do cuidado de Si, demonstrar e facilitar o acesso aos recursos (comunidade, outros profissionais) (Gomes,2013).

INDICADOR	Registado	Não registado
A enfermeira articula-se com outros profissionais de saúde consoante as necessidades da pessoa idosa /cuidador familiar		
Resolução Imediata	1	0
Encaminhamento para marcação de consulta	0	0
Encaminhamento para Médica da Unidade Dor para receituário	0	0
Encaminhamento para Médica da Unidade Dor para avaliação médica	6	0
Encaminhamento para Médico Externo da Unidade Dor	1	0
Outros	0	0
Total	8	0

É patente através dos registos e resultados obtidos que as enfermeiras fazem o encaminhamento para os diferentes profissionais (n=6), através das informações fornecidas no contato realizado pela pessoa idosa ou cuidador familiar. Também se verifica autonomia por parte da equipa de enfermagem, através da resolução imediata da situação pelo qual foi feito o contato com a UD (n= 1). No entanto como foi referido anteriormente, não se encontram registadas as intervenções de enfermagem no que diz respeito à partilha de informação e conhecimento com a pessoa idosa / cuidador familiar sobre a terapêutica de base e também de resgate, os possíveis efeitos secundários resultantes da terapêutica e o incentivo na adesão ao regime medicamentoso.

Destes resultados sobressai a importância que é dada pelas enfermeiras ao registo sobre o encaminhamento para outros profissionais, nomeadamente o médico, não transparecendo a importância das suas intervenções que são realizadas até ser realizado o encaminhamento para outro profissional.

Quais serão então os motivos que levam as enfermeiras a não darem importância aos registos sobre a sua intervenção junto da pessoa idosa e seu cuidador familiar, em detrimento do encaminhamento dado para outro profissional?

A 4ª fase do modelo - **Comprometer-se** implica a concretização de objetivos definidos, através de esforços conjuntos e ações que visam a transição de uma capacidade potencial para uma capacidade real, no sentido de assumir ou assegurar o controlo do projeto de vida e saúde da pessoa idosa (Gomes, 2013).

Na capacitação da pessoa idosa para controlar a dor irruptiva, é desenvolvido um trabalho conjunto entre enfermeira e pessoa idosa. Para atingir esse objetivo, a enfermeira procura suportar esse compromisso através da validação das intervenções realizadas pela pessoa idosa no controlo da dor irruptiva, e também através da disponibilização da consulta telefónica ou presencial.

Estas intervenções podem abranger vários aspetos, é importante saber se está a cumprir o regime terapêutico consoante prescrição, se tem conhecimento sobre as consequências de não o fazer adequadamente ou da interrupção sem conhecimento médico, assim como com a terapêutica de resgate, e também intervenções na prevenção de efeitos secundários da terapêutica.

INDICADOR	Registado	Não registado
A enfermeira promove o desenvolvimento de competências para agir e decidir/possibilitar o cuidado de Si		
A enfermeira ajuda a pessoa idosa a construir a capacidade de assumir ou assegurar o cuidado de si não controlo da dor crónica (iniciativa de recorrer à UD telefónica ou presencialmente)	3	-
A enfermeira valida com a pessoa idosa intervenções desenvolvidas na promoção do cuidado de Si na dor irruptiva	2	
A enfermeira promove o desenvolvimento de competências para agir e decidir/possibilitar o cuidado do Outro	Registado	Não registado
A enfermeira ajuda o cuidador familiar a construir a capacidade de assumir ou assegurar o cuidado do Outro no controlo da dor crónica (iniciativa de recorrer à UD telefónica ou presencialmente)	4	-
A enfermeira valida com o cuidador familiar intervenções desenvolvidas na promoção do cuidado do Outro na dor irruptiva	5	

Verifica-se através dos seguintes indicadores e resultados obtidos que a pessoa idosa (n= 3), assim como o seu familiar cuidador (n= 4), têm iniciativa de solicitar ajuda à UD para melhor controlarem a dor, assim como conhecimento sobre os meios pelo qual podem solicitar essa mesma ajuda (telefónica ou presencialmente). A enfermeira por sua vez também valida as intervenções realizadas no controlo da dor irruptiva até ao momento do contato com a UD (n=7).

Relativamente à 5ª e última fase do Modelo - **Assumir o Controlo de Si / Assegurar o Cuidado do Outro**, apresenta algumas características particulares. O Assumir o Controlo de Si significa que a pessoa idosa consegue gerir a sua situação e consegue tomar decisões sobre o seu projeto de vida. O Assegurar o Cuidado do Outro significa que a família adquire a capacidade de ajudar a cuidar da pessoa idosa, ou o enfermeiro assume a responsabilidade do cuidado da pessoa que deveria ter consigo própria e promove a capacidade na família de cuidar da pessoa idosa (Gomes, 2013).

Através dos seguintes indicadores foi possível constatar que não existe registo sobre os conhecimentos da pessoa idosa na autoavaliação da dor (n=3), assim como não existe registo sobre o conhecimento da terapêutica de base (n=3). Existem no entanto, registos que evidenciam a autonomia na gestão da terapêutica de resgate (n= 2), e sobre os meios para contactar com a UD (n= 3).

Comparativamente ao cuidador familiar deparamo-nos com um cenário muito idêntico, não se encontram registados os conhecimentos que detém sobre auto e heteroavaliação da dor (n=4), sobre a terapêutica de base (n= 3) assim como na terapêutica de resgate (n=2). No entanto sabem como podem contactar a UD (n=4).

INDICADOR	Registado	Não registado
Assumir e assegurar o controlo do cuidado de Si		
A pessoa idosa sabe auto-avaliar a dor (escalas de auto-avaliação)	-	3
A pessoa idosa sabe gerir o seu regime medicamentoso (sabe a terapêutica de base prescrita)	-	3
A pessoa idosa sabe gerir a terapêutica de resgate nos episódios de dor irruptiva (sabe a terapêutica de resgate prescrita, faz terapêutica de resgate, com que frequência e a sua eficácia)	2	1
A pessoa idosa conhece os recursos disponíveis na unidade dor (consulta telefónica, presencial)	3	-
Assumir e assegurar o controlo do cuidado do Outro		
O cuidador familiar sabe avaliar a dor à pessoa idosa (escalas de auto ou heteroavaliação)	-	4
O cuidador familiar sabe gerir o regime medicamentoso da pessoa idosa (sabe a terapêutica de base prescrita)	1	3
O cuidador familiar sabe gerir a terapêutica de resgate da pessoa idosa nos episódios de dor irruptiva (sabe a terapêutica de resgate prescrita, faz terapêutica de resgate, com que frequência e a sua eficácia)	2	2
O cuidador familiar conhece os recursos disponíveis na unidade dor (consulta telefónica, presencial)	4	-

Reflexão Final

Após a análise dos registos de enfermagem através da aplicação do modelo de Parceria (Gomes. 2013), pode concluir-se que a equipa de enfermagem pretende estabelecer uma relação de parceria com a pessoa idosa e seu cuidador familiar tendo por objetivo comum dor crónica controlada através do assumir o controlo do cuidado de si / cuidado do outro, na dor irruptiva. No entanto, existem competências que devem ser aprofundadas e que não estão presentes nos registos realizados.

Fazendo parte das competências do enfermeiro a partilha de informação e conhecimentos para a capacitação da pessoa idosa no seu projeto de vida e saúde, verifica-se através desta análise, que existe desconhecimento e/ou desvalorização por parte das enfermeiras na avaliação e consequentemente registo da dor irruptiva.

Foi apurado também, uma grande lacuna nos registos em relação à partilha de informação e conhecimento do enfermeiro com a pessoa idosa com dor irruptiva ou seu cuidador familiar.

Relativamente à partilha de poder e responsabilidade com a intencionalidade de Assegurar o Cuidado de Si / Assumir o Cuidado do Outro de acordo com o projeto de vida e saúde da pessoa idosa com dor irruptiva, verifica-se pelos registos, que a enfermeira dá resposta com o encaminhamento para os profissionais adequados e proporciona informação sobre recursos disponíveis.

Nos sete domínios dos cuidados de enfermagem identificados por Benner (2001) podemos reconhecer algumas competências nas enfermeiras, como, saber interpretar os diferentes tipos de dor e escolher as estratégias apropriadas para os controlar e gerir (domínio: a função de ajuda), apreender rapidamente o problema e intervir de forma adequada, avaliar e mobilizar a ajuda necessária (domínio: gestão eficaz de situações de evolução rápida) e obter a ajuda apropriada e atempada por parte dos médicos (domínio: assegurar e vigiar a qualidade dos cuidados). No entanto, não são identificadas nos registos competências de enfermagem evidentes da prática real.

Observado também foram os escassos registos sobre os conhecimentos que a pessoa idosa e seu cuidador familiar têm para poder controlar o cuidado de Si e cuidado do Outro, com dor irruptiva.

Será importante nesta fase a consolidação de conceitos no seio da equipa de enfermagem, nomeadamente sobre dor irruptiva e dor não controlada, terapêutica

de resgate e terapêutica de SOS que permita uma avaliação e intervenção fundamentada à pessoa idosa com dor irruptiva. Posteriormente, através da realização de questionários /entrevistas aos doentes compreender se existem mudanças nomeadamente nos conhecimentos da pessoa idosa e cuidador familiar sobre como controlar a dor irruptiva.

Como conclusão final, esta análise sugere também uma melhoria a nível da intervenção de enfermagem fundamentada numa relação de parceria com a pessoa idosa, e que esta se reflita nos registos efetuados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Benner, P. (2001). De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Coimbra: Quarteto Editora

Gomes, I. D. (2013). Promover o cuidado de si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio. In Anjos, M. A. P. (org.). *O cuidado de enfermagem à pessoa idosa: da investigação à prática* (pp 77-113). Loures: Lusociência

Martins,M., Lopes, M.A.P. (2010), A consulta telefónica como intervenção de enfermagem ao doente e família com dor crónica, numa unidade de dor. *Pensar Enfermagem*. Vol.14 (1), 39-57.

**APÊNDICE XI- Enunciado do questionário e
das narrativas das enfermeiras**

O questionário que se segue está integrado no curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Intervenção em Enfermagem à Pessoa Idosa, a decorrer na ESEL, **com a elaboração de um projeto.**

O tema do projeto é “ A promoção do cuidado de si à pessoa idosa com dor irruptiva: Intervenção de Enfermagem numa Unidade Dor” e tem como objetivo contribuir para a promoção do cuidado de si na pessoa idosa com dor irruptiva.

Neste sentido, venho *solicitar a colaboração no preenchimento deste breve questionário.*

1. Recorda uma situação em que estiveste perante uma pessoa idosa com dor irruptiva, e descreve como procedeste, tendo em conta as seguintes questões orientadoras do ciclo reflexivo de Gibbs: O que aconteceu? O que estou a pensar e sentir? O que foi bom e o que foi mau na experiência? Que sentido se pode encontrar na situação? Que mais poderia ter feito? Se isso acontecer de novo o que irei fazer?

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

2. O que é para ti, dor irruptiva?

3. O que entendes por terapêutica SOS e/ou resgate?

4- O que sugeres para melhorar a intervenção em processo de parceria com a pessoa idosa com dor irruptiva, para que esta possa vir a assumir o controlo do cuidado de si?

Obrigada!

**APÊNDICE XII- Corpo do questionário e
das narrativas das enfermeiras**

Corpo de Narrativas das Enfermeiras
(Questionários aplicados em Outubro 2015)

1. Recorda uma situação em que estiveste perante uma pessoa idosa com dor irruptiva, e descreve como procedeste, tendo em conta as seguintes questões orientadoras do ciclo reflexivo de Gibbs: O que aconteceu? O que estou a pensar e sentir? O que foi bom e o que foi mau na experiência? Que sentido se pode encontrar na situação? Que mais poderia ter feito? Se isso acontecer de novo o que irei fazer?

Enfermeira 1 (E1)

A Sra. A foi encaminhada pela médica de Oncologia médica, para o Serviço de Medicina da Dor. A informação clínica dá-nos conta que se trata duma doente de 70 anos, com o diagnóstico de neoplasia da mama desde 2009, com metastização óssea a nível da coluna e fémur direito.

Durante a avaliação inicial percebi que se trata de uma pessoa idosa com acuidade visual e auditivas diminuídas. Em relação á dor a doente transmitiu que esta surgiu, desde há 3 semanas, por vezes intensas tipo “faca a rasgar a carne” ao longo da face externa da coxa direita (realizado diagrama corporal), que não cedem aos analgésicos prescritos: tramadol 50mg de 12/12H, paracetamol 1gr. 8/8 H e tramadol (20 gotas) de 6/6H (SOS). A doente refere ainda que as dores agravam (dor=9), quando da mobilização e no período noturno. Questionada a doente sobre o significado de medicação (SOS) prescrita..., a doente desconhecia que se destinava para administração de uma dor súbita (ex: mobilização e período noturno) e fazia exatamente de 6/6H, mesmo que a dor não fosse intensa naquela altura.

Então, pensei face a tal situação de dor não controlada, senti a necessidade de realizar uma intervenção educativa adequada sobre terapêutica de resgate para a dor irruptiva no seu quotidiano. Principalmente á mobilização e no período noturno, altura em que a dor agudiza.

Após a consulta médica foi dado oportunidade á doente para expressar as suas dúvidas acerca da posologia da terapêutica instituída. Perante as suas dúvidas, o diálogo foi dirigido no sentido das necessidades de aprendizagem da doente. Considero que esta situação mostrou-se positiva, pois fez despertar a importância

para enfermeira/doente do significado e da utilização do medicamento prescrito de ação rápida para a dor irruptiva, ou seja, na hora certa e na altura própria.

A situação em questão serve de experiência, para todas as outras que surgem diariamente, quer por contacto pessoal ou contacto telefónico.

Refletindo, a mente humana é muito imaginativa, pois perante uma prescrição terapêutica descrita em guia terapêutico, surgem dúvidas mirabolantes em relação à medicação de resgate, que surpreendem os profissionais de saúde que ali trabalham. Daí a importância da intervenção educativa ser realizada de maneira clara, e partindo dos conhecimentos que o doente possui sobre a situação em causa. Não correndo o risco de lhe provocar mais dúvidas.

Fazia sentido que a intervenção educativa fosse partilhada também com um familiar/acompanhante. Pois tratava-se de uma pessoa idosa com limitações visuais e auditivas reduzidas. No entanto não deixei de manifestar a importância do doente ou um familiar nos contactar no caso de surgirem dúvidas acerca da medicação de resgate. Nesta situação, teria também sido útil combinar com o doente um contacto telefónico pelo nosso serviço, para recordar o que foi ensinado.

Esta situação tal como tantas outras idênticas, refletem a necessidade da equipa de enfermagem, não descurar o reforço constante da intervenção educativa ao doente/família sobre a medicação prescrita e principalmente a importância da administração da medicação de regaste no momento adequado no controle da dor crónica.

Enfermeira 2 (E2)

A minha prioridade foi tomar medidas farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor, depois tentar perceber qual o fator desencadeante da dor, se existiu ou não. Se a pessoa idosa está ou não a fazer a terapêutica de resgate e se percebeu como e quando faz a mesma. Se vive sozinha ou não, se esta dor é incapacitante e quais as implicações nas suas AVDs.

Enfermeira 3 (E3)

Uma doente com diagnóstico vem à Unidade Dor, pedido feito pelo Médico de Família. Idade 86 anos.

Doente que tinha tido como profissão secretária. Temos um “guião orientador” que devemos preencher com dados pessoais de identificação do doente.

Chamei, quando vi a doente chegar não queria acreditar que a idade fosse a referida. Uma doente com esta idade que por opção própria vivia sozinha, com

algumas dificuldades na realização de tarefas do dia-a-dia, mas que criou alternativas às mesmas. A primeira coisa que pensei foi “tanto que eu gostaria de ficar assim com esta idade”. Sem dúvida que a esta distância e refletido, ficou de imediato na minha cabeça ao ter esta idade que iria surgir uma “velhinha” de bengala ou cadeira de rodas, super dependente que não iria conseguir explicar nada, tudo vai ser transmitido pelos familiares. Ao mesmo tempo no meu íntimo só se via um grande sorriso, “afinal é possível viver até tarde com qualidade de vida”, o meu sonho.

Tudo foi explicado à doente, e a dada altura quando fiz referência à consulta telefónica, e de minha iniciativa, verbalizei à doente a nossa disponibilidade de um familiar mais tarde nos poder contactar para validarmos toda a informação.

Quando olhei para a doente senti um certo desatento no olhar, parecia que eu não acreditava que ela era capaz.

Tentei dar a volta a esse sentimento que julgo foi visível no meu olhar e em tom de brincadeira mas firme, disponibilizarmos para sempre que possível nos contactar, faz parte da Unidade e é para ser usada. Manter a validação de sintomas, terapêutica sempre que esta doente nos contactar pessoal ou telefonicamente.

2. O que é para ti, dor irruptiva?

E1

Dor súbita que surge espontaneamente que pode durar algum tempo (minuto, hora,...) várias vezes nas 24 horas do dia, ou seja, “dor que vem e vai”.

E 2

Não sei.

E 3

A dor irruptiva pode ser espontânea ou dor incidental, volitiva (andar, mover-se) ou não volitiva (tosse, espirro), espontânea (procedimento).

3. O que entendes por terapêutica SOS e/ou resgate?

E1

É a medicação que é administrada em caso de surgimento de dor espontânea ou dor não controlada.

E 2

É a terapêutica para utilizar sempre que a analgesia basal não for eficaz, e à qual o doente pode recorrer.

E 3

É uma terapêutica que o doente tem em sua posse para poder utilizar quando a terapêutica prescrita pelo horário (relógio), não é suficientemente eficaz.

4. O que sugeres para melhorar a intervenção em processo de parceria com a pessoa idosa com dor irruptiva, para que esta possa vir a assumir o controlo do cuidado de si?

E1

Deve manter a terapêutica de horário prescrita e administrar a terapêutica de resgate até ao número de vezes que está prescrito nas 24 horas. Se não for suficiente e necessitar de ultrapassar o número de vezes prescrita (pelo menos 2 / 3 dias) deverá contactar a Medicina da Dor, para reajuste terapêutico.

E2

Não tenho conhecimentos suficientes sobre esta problemática para sugerir melhorias.

E3

Reforçar quantas vezes seja necessário a existência da terapêutica de resgate, este ensino será efetuado tanto ao doente, familiar, cuidador, enfermeiros do serviço, enfermeiros da comunidade sempre com a nossa pronta disponibilidade. Não esquecer que para que tudo isto resulte, os “mitos” em relação a alguma terapêutica só podem melhorar com a evidência da eficácia do fármaco.

**APENDICE XIII- Análise do questionário e das narrativas das
enfermeiras (avaliação inicial)**

Análise do questionário e das narrativas realizadas às enfermeiras, para diagnóstico da situação (outubro 2015)

Objetivo do Questionário e das narrativas

O questionário realizado às enfermeiras teve como objetivo identificar os seus conhecimentos teóricos relativamente às temáticas da dor irruptiva e terapêutica de resgate. As narrativas tiveram como finalidade determinar as práticas de enfermagem à pessoa idosa com dor irruptiva na UD.

O questionário foi constituído por 2 questões abertas relativamente ao conhecimento teórico sobre dor irruptiva e terapêutica de resgate. Relativamente às narrativas foi solicitado a realização de uma narrativa reflexiva recordando uma situação com uma pessoa idosa com dor irruptiva, e ainda sugestões de melhoria para uma intervenção em processo de parceria com a pessoa idosa com dor irruptiva para assumir o Cuidado de Si.

A decisão sobre a realização de uma narrativa reflexiva às enfermeiras prendeu-se com o facto das narrativas profissionais permitirem conhecer o “eu” na relação com o “outro” num contexto em que ambos (inter)agem, onde se presume uma relação entre o que se pensa e o que se faz. Apresentam ainda um potencial formativo elevado no desenvolvimento de práticas de reflexão e consequentemente desenvolvimento profissional (Vieira & Moreira, 2011).

Caracterização da População

A equipa de enfermagem é formada por 5 elementos (incluindo eu), a exercerem funções na UD de um hospital central.

O questionário foi aplicado a 3 enfermeiras, ficando excluída eu própria, e a enfermeira responsável do serviço pelo seu envolvimento na realização do projeto.

Caracterização da Amostra

Os elementos da equipa de enfermagem que constituem a amostra são do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 47 e 51 anos.

O tempo de experiência profissional das enfermeiras inquiridas situa-se acima dos 20 anos e em relação ao tempo de exercício profissional na UD, um dos elementos tem 5 meses de experiência e os outros com mais de 10 anos (11 e 17 anos).

Das enfermeiras inquiridas, 2 possuíam licenciatura em enfermagem e 1 enfermeira com curso de pós-licenciatura de especialização em enfermagem médico-cirúrgica vertente pessoa idosa.

Justificação do questionário

Assumindo a definição de dor irruptiva como *uma exacerbação transitória da dor que ocorre quer espontaneamente quer desencadeada por um fator específico (previsível ou imprevisível), apesar do relativamente estável e adequado controlo da dor basal* (Davies, Dickman, Reid, Stevens & Zeppetella, 2009), verifica-se que esta é comum nos doentes com doença oncológica, mas também em doentes com outros tipos de dor não oncológica (Ali & Kopf, 2010), tais como, dor do foro osteoarticular, músculo-esquelético, dor neuropática (DGS, 2008).

As enfermeiras são dos profissionais de saúde que têm um contato mais próximo e frequente com a pessoa idosa com dor crónica. Uma das intervenções fundamentais na prática de cuidados ao doente com dor crónica é a identificação e avaliação da dor, assim como a distinção entre dor não controlada e dor irruptiva. Assim, é muito importante que as enfermeiras tenham conhecimentos sobre a medicação de resgate no episódio de dor irruptiva, sobre a seleção do opióide ideal e dosagem mais adequada, e ensinar o doente e/ou cuidador familiar na correta gestão da medicação para um adequado tratamento da dor irruptiva (Santos, Raposo, Oliveira & Ribeiro, 2015).

O objetivo do cuidado de enfermagem à pessoa idosa com dor crónica é promover a capacitação da pessoa a assumir o cuidado de Si, nomeadamente na gestão da dor irruptiva, e deve assentar numa relação de parceria (Gomes, 2013).

Surgiu assim a necessidade de compreender quais os conceitos teóricos sobre dor irruptiva em que a equipa de enfermagem baseia a sua intervenção. Assim como a necessidade de conhecer a prática de cuidados à pessoa com dor irruptiva pelas narrativas das enfermeiras.

Análise das narrativas

Segue-se a análise das questões abertas relacionadas com os conhecimentos teóricos das enfermeiras, e posteriormente a análise das narrativas das enfermeiras apoiada segundo as fases de construção do Modelo de Parceria (Gomes, 2013).

1 - Análise das respostas à questão o que é para ti dor irruptiva.

As enfermeiras referem características relativamente à classificação da dor irruptiva:

“dor súbita que surge espontaneamente (...)” E1;

“ (...) pode ser espontânea ou dor incidental¹, volitiva (andar, mover-se) ou não volitiva (tosse, espirro), espontânea (procedimento)” E3,

quanto às características clínicas:

“ (...) pode durar algum tempo (...); “ (...) várias vezes nas 24 horas do dia (...)” e “ (...) dor que vem e vai (...)” E1.

Existe também, desconhecimento deste tipo de dor:

“ não sei ” E2.

Constata-se que as enfermeiras não explicitam o conceito de dor irruptiva e surgem apenas algumas características isoladas. Desta forma surge a questão: será que as enfermeiras têm insuficientes conhecimentos sobre dor irruptiva, e de que modo isso que pode influenciar numa avaliação correta da dor e condicionar o seu tratamento adequado?

¹ A dor irruptiva pode classificar-se em dor espontânea ou incidental. A dor espontânea são episódios de exacerbação de dor imprevisíveis, na dor incidental é possível identificar o fator que a desencadeou o episódio de dor (Santos, Raposo, Oliveira& Ribeiro, 2015)

2 – Análise das respostas à questão o que entendes por terapêutica de resgate¹ e/ou SOS²,

As enfermeiras descrevem nas suas narrativas o que entendem como terapêutica de resgate:

“(...) medicação que é administrada em caso de surgimento de dor espontânea ou dor não controlada” E1;

(...) terapêutica para utilizar sempre que a analgesia basal não for eficaz (...) ” E2 ;

“(...) terapêutica que o doente tem em sua posse para poder utilizar quando a terapêutica prescrita pelo horário (relógio), não é suficientemente eficaz (...) ” E3.

A análise destes resultados sugere que para as enfermeiras estes conceitos são similares, não referindo qualquer diferenciação entre terapêutica de resgate e terapêutica em SOS. Também não existe clarificação dos elementos que caracterizam os conceitos.

Reflexão

Em relação à análise às respostas das enfermeiras, evidencia-se uma lacuna no que diz respeito aos conhecimentos teóricos das enfermeiras sobre os conceitos de dor irruptiva, terapêutica resgate e terapêutica em SOS.

Através de pesquisa bibliográfica decorrente do desenvolvimento do projeto, depreendo que a insuficiência de conhecimentos identificada na análise das respostas das enfermeiras é semelhante a outras realidades de cuidados. Através de um levantamento a um grupo de enfermeiras da área de oncologia e cuidados paliativos realizado pela European Oncology Nursing Society (EONS) (2013), as enfermeiras referiram ter dificuldade na distinção entre dor irruptiva oncológica e dor basal assim como desconhecimento sobre a disponibilidade de terapêutica específica para a dor irruptiva. Tendo em conta o papel vital das enfermeiras no

¹ Terapêutica de resgate- Medicamentos analgésicos administrados apenas quando necessário, em surtos de dor, além da medicação regular de base (Glossário de Termos em Dor-2013)

² Terapêutica SOS - Medicação administrada de forma não calendarizada, mas sim de acordo com a necessidade do doente (Glossário de Termos em Dor-2013)

diagnóstico, avaliação e gestão da dor irruptiva, foi reconhecida como conclusão do levantamento realizado, a necessidade de uma melhor formação das enfermeiras sobre dor irruptiva, assim como a sua avaliação e gestão (Buchanan, Geerling & Davies, 2014).

Antevemos que estas sejam áreas de formação que terão de ser desenvolvidas junto da equipa de enfermagem da UD, pois é fundamental para a identificação e tratamento adequado da dor irruptiva.

3 – Análise das narrativas evocando uma situação com uma pessoa idosa com dor irruptiva, e refletir sobre a forma como procederam.

A análise das narrativas foi realizada á luz do Modelo de Parceria (Gomes, 2013), centrando os cuidados de enfermagem numa relação de Parceria e construção de ação conjunta tendo em conta a individualidade da pessoa idosa. Esta relação de parceria no cuidado visa capacitar a pessoa a assumir o cuidado de Si na dor irruptiva (Gomes, 2013).

Recorri aos indicadores definidos *a priori* de acordo com as fases que caracterizam o Modelo.

Na 1ª fase do processo de parceria **revelar-se**, “ caracteriza-se pelo dar-se a conhecer da pessoa (do doente e do enfermeiro) como ser de projeto e de cuidados” (Gomes, 2013, p. 99).

Para **Dar-se a conhecer à pessoa**, as enfermeiras referem promover um ambiente propício à interacção mostrando disponibilidade e a promoção de escuta activa:

“ (...) foi dado oportunidade à doente para expressar as suas dúvidas (...) ” E1

“ (...) verbalizei à doente a nossa disponibilidade(...) em tom de brincadeira mas firme (...) ” E3

No **Conhecer a identidade da pessoa idosa** as enfermeiras identificam s seguintes elementos, como o nome da pessoa, a idade e a profissão:

“ (...) Sr. A. “ (...) de 70 anos “(...) ” E1

“ (...) Idade 86 anos (...) profissão secretária (...) ” E3

Para **Conhecer o contexto de vida da pessoa** procura saber com quem vive:

“ (...) se vive sozinha ou não (...) ” E2

“ (...) por opção própria vivia sozinha (...) E3

As enfermeiras identificam a referenciação para a UD e o diagnóstico para

Conhecer a história da doença da pessoa idosa:

“ (...) encaminhada pela médica de Oncologia (...) diagnóstico de neoplasia da mama (...) E1

“ (...) vem à Unidade Dor, pedido feito pelo Médico de Família (...) E3

Nota-se que é dada relevância ao **Conhecer a história de dor da pessoa idosa** através da caracterização que é feita:

“ (...) surgiu há 3 semanas (...) intensas tipo “faca a rasgar a carne” (...) dor=9, coxa direita (...) não cedem aos analgésicos (...) tramadol 50mg 12/12H, paracetamol 1gr. 8/8H e tramadol (20gotas) de 6/6H (SOS) (...) agravam na mobilização e período noturno (...) E1

“ (...) qual o fator desencadeante da dor (...) se está a fazer a terapêutica de resgate (...) se a dor é incapacitante e quais as implicações nas suas AVDs.”

E2

“ (...) com algumas dificuldades na realização de tarefas do dia-a-dia (...) E3

Reflexão

Na análise dos dados obtidos verifica-se a presença de elementos referidos pelas enfermeiras relacionados com a identidade da pessoa idosa com dor irruptiva, seu contexto de vida e de doença. No entanto serão apenas estas informações importantes para conhecer a pessoa? Será este conhecimento suficiente para um cuidado centrado na pessoa?

Por outro lado, a informação sobre a história de dor é mais minuciosa, demonstrando uma maior atenção nesta área. No entanto, não é completamente explícita na narrativa das enfermeiras a distinção entre dor não controlada e dor irruptiva, na avaliação da dor na pessoa idosa.

Como poderemos realizar um plano de cuidados individualizado, com a integração de informações sobre quem é a pessoa, as suas preferências, necessidades e decisão sobre o seu projeto de saúde e doença, e em que a avaliação da dor irruptiva seja realizada de uma forma uniforme por toda a equipa?

A 2ª fase **envolver-se**, “ (...) caracteriza-se pela criação de um espaço de reciprocidade, que passa pelo estabelecimento de tempo e espaço para desenvolver uma relação de qualidade que permita ir ao encontro da pessoa e desenvolver uma relação de confiança (...) ” (Gomes, 2013, p.100).

Apenas uma enfermeira refere especial atenção ao estado sensorial no **Conhecer a singularidade do processo de envelhecimento na pessoa**:

“ (...) acuidade visual e auditivas diminuídas (...) E1.

Em relação ao **Conhecimento mútuo dos recursos da unidade dor e da pessoa idosa** as enfermeiras mostram-se disponíveis para a pessoa idosa centrando os cuidados na pessoa, procuram informar a pessoa sobre a consulta telefónica assim como, procuram conhecer o que a pessoa sabe sobre a terapêutica de resgate:

“ (...) durante a avaliação inicial (...) questionada sobre o significado da medicação (SOS) prescrita (...) perante as dúvidas, o diálogo foi no sentido das necessidades de aprendizagem da doente (...)”; “(...) dor=9 (...)”; E1

“ (...) terapêutica de resgate (...) se percebeu como e quando faz (...)” E2

“ (...) tudo foi explicado (...) fiz referência à consulta telefónica (...) faz parte da Unidade e é para ser usada (...) manter a validação de sintomas, terapêutica (...)” E3

Também as enfermeiras dão ênfase ao envolvimento do cuidador familiar mesmo quando o doente vem sozinho, numa perspetiva de continuidade dos cuidados à pessoa idosa:

“ (...) fazia sentido que a intervenção educativa fosse partilhada também com um familiar/acompanhante (...) a importância do doente ou um familiar nos contactar (...) ” E1

“ (...) a nossa disponibilidade de um familiar mais tarde nos contactar (...)” E3.

Reflexão

Houve uma enfermeira que deu importância à singularidade do processo de envelhecimento, tentando identificar alguns dos elementos inerentes à pessoa idosa. Verifica-se disponibilidade por parte das enfermeiras perante a pessoa idosa indo ao encontro das suas necessidades, tentando obter conhecimentos que permitam

compreender a sua capacidade de desenvolver a sua autonomia, ou encontrar formas que permitam o cuidado de Si.

Confirma-se a pouca clarificação entre terapêutica de resgate e SOS, (como se pode constar no excerto da resposta da E1, “ (...) *questionada sobre o significado da medicação (SOS)* “) e a necessidade de clarificação dos conceitos no seio da equipa. A pertinência desta temática é partilhada pelos profissionais das unidades dor, de Portugal, como referido na reflexão realizada, decorrente do 6º Encontro das Unidades de Dor.

A 3ª fase do processo, **Capacitar/ Possibilitar** “...é construir uma acção conjunta no desenvolvimento de competências para agir e decidir (...) para que a pessoa idosa possa vir a assumir o controlo do cuidado de Si (...)ajudar o familiar cuidador a construir a capacidade para cuidar o doente (...)” (Gomes, 2013, p. 101)

É salientado pelas enfermeiras nas suas narrativas a partilha de conhecimento com a pessoa idosa sobre regime terapêutico, e indicando possíveis efeitos secundários da terapêutica:

“ (...) *a doente desconhecia que se destinava para administração de uma dor súbita (...) então (...) senti necessidade de realizar uma intervenção educativa adequada sobre terapêutica de resgate (...)*” **E1**

“ (...) *poder contactar para validarmos toda a informação (...) validação de sintomas, terapêutica (...)*” **E3**

Reflexão

As enfermeiras descrevem apenas a acção no sentido de desenvolver capacidades na pessoa idosa de assumir o controlo no cuidado de Si na dor irruptiva. A experiência diz que as enfermeiras realizam mais intervenções que se enquadram nesta fase, a sua não explicitação, quererá dizer que as enfermeiras não as valorizam?

A 4ª fase **Comprometer-se**, através do “...desenvolvimento de esforços conjuntos no sentido de procurar atingir os objectivos definidos, para assumir ou assegurar o controlo ou a progressão do projecto de vida e saúde da pessoa idosa,...” (Gomes, 2013, p. 103).

Da análise das respostas sobre **O enfermeiro promove o desenvolvimento de competências para agir e Decidir / Possibilitar os Cuidado de Si**, as enfermeiras relatam intervenções desenvolvidas para o controlo da dor irruptiva:

“ (...) a doente desconhecia que se destinava para administração de uma dor súbita (...); “ (...) não deixei de manifestar a importância do doente ou um familiar nos contactar no caso de surgirem dúvidas acerca da medicação de resgate (...) E1;

“(...)verbalizei à doente a nossa disponibilidade de um familiar mais tarde nos poder contactar para validarmos toda a informação (...) disponibilizarmos para sempre que possível nos contactar(...) a validação de sintomas, terapêutica sempre que esta doente nos contactar pessoal ou telefonicamente(...)” E3.

Reflexão

Nas narrativas as enfermeiras descrevem a importância do envolvimento da pessoa idosa ou familiar no seu projeto de vida, através de intervenções para o controlo da dor irruptiva como a disponibilização do contato telefónico, que se torna um meio na promoção da adesão ao regime terapêutico. Outras intervenções praticadas pelas enfermeiras são a entrega de folhetos informativos, ensinamentos sobre prevenção de complicações da terapêutica, disponibilização do atendimento telefónico para esclarecimento de dúvidas, mas que não se encontram presentes nas suas narrativas. Estas intervenções complementam a ação realizada no sentido de desenvolver competências na pessoa idosa para o controlo da dor irruptiva.

Relativamente à 5ª fase do processo de parceria **Assumir o controlo do cuidado de Si ou assegurar o cuidado do Outro**, que se caracteriza pelo “...desenvolvimento de esforços conjuntos no sentido de procurar atingir os objectivos definidos, para assumir ou assegurar o controlo ou a progressão do projecto de vida e saúde da pessoa idosa,...” (Gomes, 2013, p. 103).

No que diz respeito ao assumir o controlo de Si/ assegurar o cuidado do Outro apenas uma enfermeira salienta o conhecimento que a pessoa idosa tem da sua terapêutica de base prescrita.

“ (...) tramadol 50mg de 12/12H, paracetamol 1gr. 8/8 H (...) ” E3.

Reflexão

Não se encontram nas narrativas dados suficientes que permitam compreender a informação que o doente detém e que lhe permite tomar decisões, nomeadamente na gestão da situação de dor irruptiva. A capacidade de gestão resulta do seu conhecimento sobre a terapêutica de base e a terapêutica de resgate prescrita, se sabe auto-avaliar a dor, conhecimento e utilização de medidas não farmacológicas para controlo da dor, conhece os recursos para contactar com a UD. Este fato remete-nos para a necessidade de refletir sobre a importância e a visibilidade que damos aos resultados e ganhos em saúde para a pessoa idosa no controlo da dor, decorrentes da intervenção em enfermagem.

Por último, foi solicitado às enfermeiras sugestões numa perspetiva de melhorar a intervenção em processo de parceria com a pessoa idosa com dor irruptiva, para a pessoa vir a assumir o controlo do cuidado de si.

Constatou-se que as intervenções das enfermeiras anteriormente descritas vão ao encontro de alguns dos indicadores definidos para a construção do Modelo de Parceria com a pessoa idosa com dor irruptiva, mas verifica-se a inexistência de um referencial teórico de enfermagem que fundamentem o cuidado de enfermagem, pelo que as respostas foram direccionadas para a questão do regime medicamentoso:

” (...) deve manter a terapêutica de horário prescrita e administrar a terapêutica de resgate (...) ” E1

“ Reforçar quantas vezes seja necessário a existência da terapêutica de resgate (...) ” E3

ou referiram não ter conhecimentos sobre o assunto para poder fazer sugestões:

“ Não tenho conhecimentos suficientes sobre esta problemática para sugerir melhorias. ” E2

Reflexão final

Da análise das narrativas reflexivas das enfermeiras sobressaem alguns aspetos que merecem alguma atenção:

- as enfermeiras não explicitam o conceito de dor irruptiva;
- as enfermeiras não referem qualquer diferenciação entre terapêutica de resgate e terapêutica em SOS, assim como, não existe clarificação dos elementos que caracterizam os conceitos;
- o cuidado de enfermagem através das intervenções descritas pelas enfermeiras tem por objetivo a capacitação da pessoa idosa com dor irruptiva no cuidado de Si, embora não seja explícito claramente, nem por todas as enfermeiras;
- não se identifica um referencial teórico na prática de enfermagem.

Os dados revelaram que a intervenção de enfermagem não é realizada de uma forma uniforme, mas apresenta uma intenção de construção de uma relação de parceria com a pessoa idosa / cuidador familiar na promoção do cuidado de Si.

A análise das narrativas das enfermeiras contribuiu para a identificação das necessidades de formação da equipa e dessa forma poder melhorar o cuidado de enfermagem na UD, na promoção do cuidado de Si na pessoa idosa com dor irruptiva, ajudando-o a gerir e lidar com a situação de doença, no contexto do seu projeto de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ali, G & Kopf, A. (2013). Dor do Tipo Breakthrough, Emergência da Dor, e Dor Incidental in Kopf, Andreas & Patel, Nilesh B. *Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos*. Seattle: Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), p. 291 - 298. Disponível em <http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0CCMQFjACahUKEwj0ceJkfDGAhULmtsKHQJNAXU&url=http%3A%2F%2Fbooks.iasp-pain.org%2F4qp0t9%2F320&ei=pEewVeXvLou07gaCmo2oAQ&usq=AFQjCNFBWGGwE04UiMRhwH0Pni4U5ZJqhw&bvm=bv.98476267,d.bGQ>
- Buchanan, A., Geerling, J. & Davies, A. (2014). Breakthrough cancer pain: the role of the nurse. *International Journal of Palliative Nursing*. 20 (3), p. 126-129. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24675538>
- Davies, A. N., Dickman, A., Reid, C., Stevens, A.M. & Zeppetella, G. (2009). The management of cancer-related breakthrough pain: Recommendations of a task group of the Science Committee of the Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland. *European Journal of Pain*, 13, 331-338. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/j.ejpain.2008.06.014/abstract;jsessionid=38C73A517AF958FC8EB79E1DD388BB9A.f04t04>
- DGS (2008). *Programa Nacional de Controlo da Dor*. Circular Normativa Nº:11/DSCS/DPCD de 18/06/08. Direção-Geral da Saúde. Acedido em 15 -06-2015. Disponível em: http://www.apeddor.org/images/documentos/controloda_dor/ProgramaControlo da Dor.pdf
- EONS (2013). *Breakthrough cancer pain guidelines*. Disponível em <http://www.cancernurse.eu/documents/EONSBreakthroughCancerPainGuidelines.pdf>
- Gomes, I. D. (2013). Promover o cuidado de si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio. In Anjos, M. A. P. (org.). *O cuidado de enfermagem à pessoa idosa: da investigação à prática* (pp 77-113). Loures: Lusociência

Santos, J.; Raposo, C.; Oliveira, A; Ribeiro, A. L. (2015). Avaliação e tratamento da dor irruptiva oncológica. *Onco.News*. Ano VIII, 28, 10-18.

Vieira, F. & Moreira, M.A. (2011). *Supervisão e avaliação do desempenho docente: Para uma abordagem de orientação*. Lisboa: Ministério da Educação.

Disponível em <http://ccap.min-edu.pt/pub.htm>

APÊNDICE XIV – Estudo de caso na Unidade de Dor

ESTUDO DE CASO – UNIDADE DOR

Enfermeira Orientadora: Filomena

Outubro 2015 / Fevereiro 2016

Dulce. Guerreiro (6122)

A elaboração deste estudo de caso está inserido no estágio realizado em contexto hospitalar e pretende ser um contributo para a concretização do objetivo específico delineado: intervir em parceria com a pessoa idosa com dor irruptiva, e sua família na UD. O estudo de caso foi uma das metodologias utilizadas pela sua capacidade de interdisciplinaridade ao relacionar o conhecimento entre as diversas disciplinas presentes no percurso académico, e também por favorecer a aproximação entre a teoria e a prática através de uma análise critico-reflexiva contribuindo assim para o desenvolvimento de competências como enfermeira especialista junto da pessoa idosa.

O referencial teórico norteador da intervenção de enfermagem à pessoa idosa com dor irruptiva foi o Modelo de Parceria (Gomes, 2009, 2013). O Guião do Processo de Parceria construído previamente, apresentou-se como um instrumento facilitador e orientador para a intervenção de enfermagem à pessoa idosa com dor irruptiva na UD. Permitiu compreender a dinâmica e a complexidade do processo de parceria sistematizando os elementos constituintes das cinco fases do Modelo de Parceria: revelar-se, envolver-se, capacitar ou possibilitar, comprometer-se e assumir o controlo do cuidado de si próprio ou assegurar o cuidado do outro, na pessoa idosa com dor irruptiva.

REVELAR-SE

Revelar-se, “ *carateriza-se pelo dar-se a conhecer da pessoa (do doente e do enfermeiro) como ser de projecto e de cuidados.*” (Gomes, 2013, p.99).

Nesta primeira fase o enfermeiro procura conhecer o potencial de desenvolvimento da pessoa, para que esta possa dar continuidade ao seu projeto de saúde e vida. Esforça-se por conhecer a identidade da pessoa idosa, o seu contexto de vida, compreender o seu acontecimento de doença e o significado que ela tem na sua trajetória de vida. O enfermeiro mostra ainda uma atitude de escuta ativa e respeita o tempo e o ritmo da pessoa idosa (Gomes, 2013).

Dar-se a conhecer à Pessoa Idosa

O Sr. D. é acompanhado pela UD desde 2014, e realizava sessões semanais de Estimulação Muscular de Alta Frequência (EMAF) em Hospital Dia. Quando foi planeado a elaboração de um estudo de caso, foi ponderado a participação do Sr. D. porque através de consulta aos registos de enfermagem, verificou-se que se conhecia muito pouco sobre o Sr. D., apesar da sua presença regular na UD. Esta situação mostrou-se promotora para o desenvolvimento de competências como enfermeira especialista médico-cirúrgica vertente pessoa idosa. Outro fator decisivo, foi a regularidade do tratamento e a presença do Sr. D. no HD, o que poderia ser facilitador para a aprendizagem da construção do processo de parceria.

Entretanto, no decorrer do estágio foi proposto uma nova abordagem terapêutica farmacológica ao Sr. D., que mostrou ser bastante eficaz no controlo da sua dor crónica, conduzindo à suspensão dos tratamentos realizados em HD pelo que não foi possível desenvolver alguns elementos implícitos nas fases de construção do processo de parceria. De referir no entanto que este processo é um *continuum*, e que se manterá o compromisso de capacitar o Sr. D. para assumir o controlo do cuidado de Si na dor irruptiva, enquanto acompanhado pela equipa multidisciplinar da UD.

Foram explicados os objetivos da realização do estudo de caso, solicitando a autorização e participação do Sr. D., assegurando que os princípios éticos seriam respeitados. O Sr. aceitou em participar e foram realizadas entrevistas durante o tempo da realização do tratamento.

Nas entrevistas procurou-se manter um ambiente propício à escuta ativa, demonstrando disponibilidade, sentando-me perto do Sr. e procurando minimizar outras atividades que poderiam interferir com a sua privacidade. Ao longo das conversas promoveu-se a afetividade, simpatia e algum humor, respeitando o seu ritmo dizendo que se pretende-se poderíamos terminar a conversa e continuar numa outra altura. Foi sempre demonstrado pelo Sr. D. simpatia e disponibilidade nas entrevistas.

Conhecer a Identidade da Pessoa Idosa

O Sr. D. tem 75 anos de idade, biótipo humano branco, do sexo masculino e gosta de ser tratado por D. A sua nacionalidade é portuguesa, sendo natural de uma freguesia do Centro do país. Tem 4 irmãs, que diz serem saudáveis. Refere que o pai faleceu com 92 anos após uma queda e a mãe com Doença de Alzheimer, faleceu aos 94 anos.

Frequentou a escola até ao 4º ano de escolaridade. Trabalhou durante muitos anos como distribuidor, num talho. Quando se refere a essa fase da sua vida, fica nostálgico porque se recorda dos momentos em que se sentia com vitalidade e capacidades que agora menciona como perdidas ou diminuídas, nomeadamente na condução.

O S. D. disponibilizou o seu contato telefónico através do número do telefone fixo e também o contato telefónico da filha

O Sr. D. é casado, tem 1 filha com 55 anos, casada e 1 filho que faleceu há 8 anos, aos 40 anos de idade por neoplasia cervical.

Não foi abordada a religião, por não ter sido oportuno nas entrevistas realizadas. No entanto, conhecer os valores, a cultura, o sentido da vida para a pessoa demonstrando respeito, são informações a ter em conta para conhecer a pessoa e ajudar promover o seu projeto de vida e saúde (Gomes, 2013).

O Sr. D. desloca-se ao hospital para a realização dos tratamentos habitualmente sozinho, utilizando os transportes públicos.

Conhecer o Contexto de Vida da Pessoa Idosa

O Sr. D. vive com a esposa, e refere terem uma boa relação, de amizade e interajuda. Estão casados há vários anos, sendo a esposa mais velha 5 anos que o Sr. D. Refere que esta apresenta algumas dificuldades nas atividades instrumentais

de vida diária, especificamente nas responsabilidades financeiras e manuseamento do dinheiro, pelo que é o Sr. que tem a responsabilidade das compras para atender as suas necessidades básicas. As refeições são confeccionadas pela esposa.

Tiveram 2 filhos, sendo que o filho faleceu há 8 anos. Desse filho tem um neto com 21 anos de idade, que não tem contacto desde há 4 anos. Demonstra tristeza com esta situação, e justifica este afastamento à degradação do relacionamento com a nora, desde o falecimento do filho. Atualmente também não convive com a nora.

A filha tem 55 anos de idade, é casada e mora relativamente perto do Sr. D., fazendo-lhe visitas regulares e prestando apoio em algumas situações mais complicadas de gerir pelo Sr. D. e pela esposa, como as consultas de especialidade que tem no hospital. Demonstra preocupação pelo facto da filha ter sido despedida recentemente e pelas dificuldades económicas que se adivinham, assim como, a dificuldade em retomar a atividade profissional pela idade que tem.

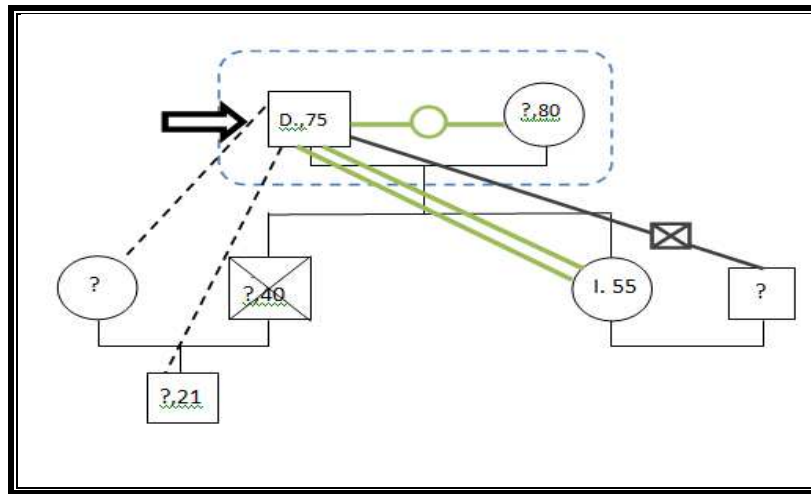
Não refere nenhuma relação de proximidade com nenhum outro familiar ou entidade. Menciona que tem um grupo de amigos da localidade onde reside, e costuma habitualmente encontrar-se com eles, mas não faz muita referência a estes amigos.











Mora em casa própria, uma vivenda de 1º andar e rés-do-chão, numa freguesia do concelho pertencente à área de influência do hospital. Refere que a casa possui boas condições de salubridade.

A nível económico o Sr. D. refere ter uma situação estável, não manifesta qualquer dificuldade e inclusivamente conta ter ajudado financeiramente os filhos na aquisição de casa própria.

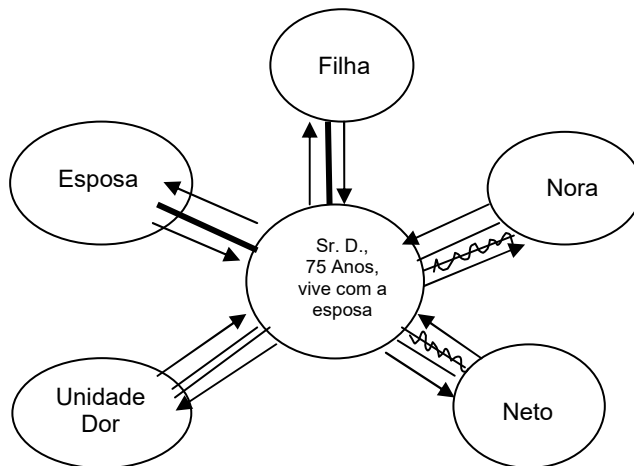
De acordo com as informações fornecidas pelo Sr. D. é visível através do Genograma a representação gráfica da família, assim como da dinâmica familiar (Costa, 2013), o Ecomapa identifica as relações e ligações da família com o meio onde habita (Agostinho, 2007).




Genograma



Legenda:						
	Pessoa Índice		Casamento		Relação Próxima	Nome
	Masculino		Morte		Relação amor	Idade
	Feminino		Nome ou idade desconhecido		Relação Harmoniosa	
	Família Pesquisada				Relação Distante	

Ecomapa



Legenda:					
	Relação muito forte		Relação Distante		Fluxo de energia
	Relação próxima		Relação Fraca		

Conhecer a História de Doença da Pessoa Idosa

O Sr. D. teve a 1ª consulta da UD em Julho de 2014, referenciado pela Consulta de pé diabético com o diagnóstico de dor neuropática, de acordo com a Norma da DGS nº 043/2011 de 23/12/2011 atualizada a 28/10/2014, sobre a Abordagem Terapêutica da Dor Neuropática no Adulto e no Idoso.

Como antecedentes pessoais refere:

- Diabetes *Mellitus* tipo II insulinotratada diagnosticada há cerca de 43 anos;
- Hipertensão arterial controlada com medicação;
- AVC há 20 anos sem sequelas;
- Dislipidemia;
- Tireoidectomia há cerca de 20 anos;
- Cirurgia às cataratas (olho esquerdo há 10 anos e olho direito há 1 ano).

Não tem alergias ou hábitos aditivos.

Como forma de realizar uma avaliação dos medicamentos em uso, facilitar a identificação de alguma reação adversa, adesão à terapêutica, interações ou automedicação foi realizado um quadro com o regime medicamentoso do Sr. D.

Quadro 1- Regime Medicamentoso do Sr. D.

Medicamento	Grupo	Via Ad.	Dose	Horário
Tromalyt	Antiagregantes plaquetários	Oral	150 mg	1xdia
Sinvastatina	Antidislipidémicos	Oral	10 mg	1xdia
Ramipril	Anti-hipertensivo; Inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina	Oral		
Letter	Hormonas Tiroideas	Oral	0,1 mg	
Insulina	Insulinas e análogos	Subcutânea		Segundo esquema definido
Venlafaxina	Antidepressivo; Inibidores da recaptção da serotonina e noradrenalina	Oral	75mg	1xdia
Gabapentina	Antiepiléptico; analgésico para dor neuropática	Oral	600	3 xdia
Tapentadol	Opióides	Oral	50 mg	2xdia
Metamizol	Analgésico, antipirético e espasmolítico	Oral	575 mg	SOS 3 xdia

Os medicamentos têm um papel decisivo no tratamento das condições de saúde múltiplas em idosos frágeis, agudas e/ou crônicas, no entanto, devido às alterações farmacocinéticas inerentes ao envelhecimento como o aumento da gordura corporal, redução da água corporal, redução do metabolismo hepático e da excreção renal aumentam francamente o risco de reações adversas e a comprometer os sistemas funcionais, causando incapacidades e até o óbito (Moraes, 2012). A maior parte da iatrogenia resulta do desconhecimento dessas alterações fisiológicas do envelhecimento e das peculiaridades da abordagem ao idoso (Moraes, Marino & Santos, 2010).

A prevalência da polimedicação¹ aumenta com a idade e as pessoas idosas são quem apresentam um regime medicamentoso mais complexo (Henriques, 2011), O Sr. D. faz diariamente mais de 4 medicamentos para controlo dos seus problemas de saúde, sendo o numero de medicamentos o principal fator de risco para iatrogenia e reações adversas (Moraes, 2012).

O Sr. D. refere ser autónomo na gestão da sua medicação e na aquisição dos medicamentos na farmácia, habitualmente não deixa terminar a medicação, tendo sempre novas embalagens em casa. Apresenta alguma dificuldade em nomear um ou outro medicamento.

Relativamente ao Médico de Família o Sr. D. refere que tem médico atribuído sendo sempre acompanhado no controlo das suas doenças crónicas e agudas, aparentemente com uma boa relação.

Conhecer a história de dor da pessoa idosa

O Sr. D. refere dor em ambos os pés, de início há cerca de 5 a 6 anos, descreve como “picada”, “formigueiro” e “choque elétrico” que são descritores verbais da dor neuropática. Identifica como fator de alívio a posição com pé pendente, e como fator de agravamento da dor o período noturno e a posição deitado. Na 1ª avaliação da intensidade da dor através da Escala Numérica, refere no momento dor, EN=2 e em pico, EN=4.

¹ Polimedicação define-se como o consumo de quatro ou mais medicamentos simultaneamente. Henriques (2011,p.14) afirma que esta definição é “ puramente numérica que não tem em conta a adequação da prescrição e a complexidade do regime medicamentoso”.

No exame objetivo não apresenta alodinia ou hiperalgesia mecânica, térmica ou algica. Apresenta diminuição da sensibilidade tátil e algica no membro inferior direito por sequela do AVC.

ENVOLVER-SE

A segunda fase do processo de Parceria **Envolver-se** caracteriza-se “...*pela criação de um espaço de reciprocidade, que passa pelo estabelecimento de tempo e espaço para desenvolver uma relação de qualidade que permita ir ao encontro da pessoa e desenvolver uma relação de confiança...*” (Gomes, 2013, p. 100).

A enfermeira demonstra, de uma forma afetiva, disponibilidade para escutar, uma atitude centrada na pessoa idosa, partilha informação com o doente procurando ir ao encontro do seu projeto de vida e saúde e das suas necessidades, identificando as suas potencialidades para o cuidado de Si (Gomes, 2013).

Para a construção de uma relação de parceria com Sr. D. e nas entrevistas que se realizaram durante a realização das suas sessões de EMAF, houve a necessidade de estruturar o tempo e espaço para desenvolver uma relação de confiança mostrando interesse, sentando-me a seu lado e disponível para ouvir. Através de uma postura de disponibilidade foi possível compreender a pessoa e avaliar a sua capacidade para desenvolver a sua autonomia no cuidado de Si, conhecimentos que até então não existiam, ou que não estavam registados no processo do doente.

Conhecer a singularidade do processo de envelhecimento na pessoa

A avaliação multidimensional da pessoa idosa é o processo de avaliação da sua saúde, procurando identificar problemas que podiam até então ser atribuídos ao processo de envelhecimento, e de algum modo, não serem adequadamente abordados. Esta avaliação pretende identificar problemas de saúde condicionantes da funcionalidade global do indivíduo, definida como a capacidade de gerir a própria vida ou cuidar de si mesmo (Moraes, 2012).

Com o Sr. D. solicitei sempre licença para iniciar as entrevistas, utilizei um tom de voz calmo e adequado. Tentava encontrar uma posição facilitadora para o

contato visual, e por vezes sentei-me ao seu lado, demonstrando disponibilidade para ouvir.

Para a realização da avaliação multidimensional procurou-se organizar e encaminhar o tipo de informação necessária para poder tomar decisões clínicas adequadas, de acordo com as necessidades de cuidados e posterior plano de cuidados. Esta avaliação será como o ponto de partida para futuras avaliações e ajuste de plano de cuidados de acordo com alterações sofridas.

Foi realizada a avaliação cognitiva do Sr. D. através da observação direta, da entrevista realizada e através da utilização do *Mini Exame do Estado Mental (MEEM)*. A cognição é um conjunto de capacidades mentais que permitem à pessoa compreender e resolver os problemas do quotidiano, e é responsável pela capacidade de decidir (Moraes, 2012). O Sr. D. apresentava-se consciente, orientado no tempo, espaço e pessoa. Apresentava um aspeto cuidado e limpo, quer a nível de higiene pessoal quer no vestuário. Apresentava uma idade correspondente à real, com um discurso e linguagem adequada ao contexto e perceptível, e também um comportamento adequado. O score obtido no MEEM foi 27 (num total de 30 pontos), o que significa que **não existe défice cognitivo**, uma vez que só é considerado défice se pontuação inferior ou igual a 22 pontos, para quem tem entre 1 a 11 anos de escolaridade. No entanto verificou-se na aplicação do instrumento alguma dificuldade na compreensão relativamente à linguagem (construção de uma frase) e habilidade construtiva (copiar o desenho), sendo que esta última se atribuiu às alterações visuais do Sr. D..

Relativamente à avaliação funcional da marcha, utilizou-se a *Classificação Funcional da Marcha de Holden*, que permite determinar o grau de autonomia na marcha. O Sr. D. apresenta **Marcha independente**, apesar de referir “cansaço nas pernas” quando tem de percorrer distancias maiores.

Para a avaliação funcional das atividades básicas de vida diária, recorreu-se ao *Índice de Barthel*, que permite determinar o nível de independência da pessoa nas atividades de vida diária básicas fundamentais para o autocuidado e sobrevivência do indivíduo. Nesta avaliação o Sr. D. obteve uma pontuação de 20 pontos (num total de 20 pontos), o que significa **independência total**.

Na avaliação funcional da atividades instrumentais de vida diária, foi utilizado o *Índice de Lawton & Brody*. Este instrumento avalia o nível de independência da pessoa idosa na realização das atividades instrumentais. São 8 as atividades

avaliadas, no caso dos homens são avaliadas apenas 5 não sendo avaliadas atividades como: a preparação de refeições, tarefas domésticas e a lavagem da roupa. O Sr. D. obteve a pontuação de 5 no máximo de 5 para os homens, classificando-o como ***independente em todas as AIVD*** avaliadas.

Pela presença de dor a nível dos membros inferiores e alterações de sensibilidade também pela história prévia de AVC justifica-se a pertinência da avaliação do risco de queda, através da *Escala de Morse*. A Escala consiste em seis variáveis e é um método para avaliar a probabilidade de um doente cair. A pontuação do Sr. D. foi de 15 pontos (num total de 125 pontos), o que indica ***não haver risco de queda***.

Refere alteração da qualidade do sono, uma vez que acorda várias vezes durante a noite por dor. A má qualidade de sono pode interferir na execução das suas tarefas diárias e na sua saúde pela dificuldade em manter a atenção, diminuir a capacidade de resposta e aumentar o risco de quedas.

Tendo em conta a história familiar que o Sr D. foi relatando nas entrevistas realizadas, e pelo conhecimento da literatura que nos diz que a depressão está associada à presença de dor foi realizado o rastreio da depressão (DGS, 2010). Foi aplicada a escala de *Depressão Geriátrica de Yesavage (versão curta)*, através de questionário direto. Obteve a pontuação de 6 (num total de 15 pontos), indicador de ***depressão ligeira***. Ao longo da conversa, o Sr. D. demonstrou-se bem-disposto, mas evidenciou alguma resignação à situação familiar atual e como isso o afeta na forma de encarar a vida.

O Sr. D apresentou à observação pele e mucosas coradas e hidratadas, pele dos membros inferiores sem alteração da coloração e sem soluções de integridade. Refere ter cuidados podológicos devido à diabetes, não apresentando nenhuma solução de continuidade nos pés.

Em relação à eliminação vesical, apresenta controlo dos esfíncteres. Quanto à eliminação intestinal referiu tendência para a obstipação, recorrendo a laxantes quando necessário.

Apresentava alterações da visão, sendo acompanhado em consulta de oftalmologia no hospital e com cirurgia oftálmica anteriores em ambos os olhos por cataratas. Não utiliza óculos.

Não apresenta nem refere alterações na audição, olfato e tato, o que permite estar alerta e evitar situações de perigo.

Para uma melhor organização e planejamento de cuidados, o seguinte quadro contém todas as informações essenciais e representa o diagnóstico funcional da Sra. A.

Quadro 2- Diagnóstico Funcional Global do Sr. D.

Funções			Comprometimento funcional	
			Não	Sim
Comunicação	Visão			X Cirurgia a cataratas 2 olhos
	Audição		X	
	Fala/voz		X	
Cognição/ Humor	Cognição		X Sem deficit cognitivo	
	Humor			Depressão Ligeira
Mobilidade	Postura/marcha		X Independente	
Atividades vida diária	Atividades vida diária		X Independente	
	Atividades instrumentais da vida diária		X Independente	
Outras funções	Saúde Bucal			Utiliza prótese dentária
	Conti nência Esfinteriana	Urinária	X	
		Fecal		X Obstipação
	Risco queda		X Sem risco queda	
	Sono			X Acorda com dor
Interação social	Lazer		X Estar com amigos	
	Suporte familiar		X Esposa e filha	
	Suporte social		X	
	Segurança ambiental		X	

Fonte: Adaptado de Moraes (2008)

O Sr. D. encontra-se numa situação de **risco de fragilização** de acordo com a classificação clinico-funcional do idoso de Moraes & Moraes (2014). Esta classificação define que, a pessoa idosa se encontra capaz de gerir a sua vida de forma independente e autônoma, mas encontra-se num estado dinâmico entre senescência e senilidade, resultando na presença de limitações funcionais (declínio funcional iminente), mas sem dependência funcional (Moraes & Moraes 2014). Considera-se que o Sr. D. esteja em risco de fragilização por apresentar algumas condições crônicas preditoras de desfechos adversos como: evidência de

sarcopenia (alterações da massa e da função muscular, lentificação da marcha); presença de comorbilidades múltiplas representadas por polipatologia (presença simultânea de cinco ou mais condições crônicas de saúde), ou polifarmácia (uso regular e concomitante de cinco ou mais medicamentos por dia para condições crônicas diferentes) (Moraes & Moraes 2014).

Conhecimento dos recursos da pessoa idosa

O Sr. D. referiu manter capacidades que permitem manter-se independente e autónomo, morando com a sua esposa. Tem o apoio da filha que reside relativamente perto, e pareceu ao longo do seu discurso ser um bom apoio familiar.

Relativamente aos seus problemas de saúde, é acompanhado e assistido pelo Médico de Família sabendo identificar o seu nome, e em relação à diabetes é acompanhado em Consulta de Pé Diabético no hospital de referência.

Neste momento reconhece a UD como um bom recurso para melhoria e controlo da dor crónica, e consequentemente melhoria do desempenho funcional. Apresentava conhecimentos sobre a autoavaliação da dor, utilizando a escala numérica, mas mostrava alguma dificuldade na identificação e gestão do seu regime medicamentoso (quais os objetivos da sua utilização e os efeitos secundários), e especificamente na terapêutica de resgate. Demonstrou conhecimentos sobre as medidas não farmacológicas propostas, como o EMAF, e os resultados esperados com o mesmo. Conhecia também a forma de aceder à UD (telefónica e presencialmente), apesar de nunca ter recorrido ao contacto telefónico de acordo com os registos no processo.

A relação de confiança desenvolvida em conjunto com o Sr. D. permitiu identificar as suas possibilidades e os seus recursos para o cuidado de Si, nomeadamente no controlo da dor irruptiva, e desta forma encontrar ações que possam ajudar à sua realização (Gomes, 2013). Sucedeu-se então a 3ª fase do processo de parceria.

CAPACITAR OU POSSIBILITAR

A 3ª fase do Modelo de Parceria **Capacitar/ Possibilitar** caracteriza-se por “...construir uma acção conjunta no desenvolvimento de competências para agir e decidir (...)” (Gomes, 2013, p. 101).

As sessões em hospital de dia foram um fator facilitador para a construção de um processo de parceria com o Sr. D. pois permitiram estabelecer o tempo e espaço necessários para desenvolver uma relação de confiança. Procurámos transformar as suas capacidades potenciais em reais no controlo do cuidado de Si na dor irruptiva, através da partilha de informação, da reflexão conjunta, partilha de responsabilidades e poder, tendo em conta a singularidade do Sr. D. (Gomes, 2013).

Identificou-se a necessidade de reforçar o ensino sobre o regime terapêutico, nomeadamente a utilização da terapêutica de resgate.

Perante a avaliação da dor do Sr. D realizada no período dos tratamentos em hospital de dia, identificou-se a falta de conhecimentos que podiam interferir na sua capacidade de decisão e ação para assumir o controlo do cuidado de Si na dor irruptiva.

- Relativamente à intensidade utilizou-se a escala numérica (EN), demonstrando conhecimentos que lhe permitiam autoavaliar a dor. Avaliou a sua dor basal e dor irruptiva.

- Ao validar a terapêutica de base para controlo da sua dor crónica constatou-se que o Sr. D. tinha suspendido um medicamento da terapêutica analgésica prescrita pela UD, o tapentadol, por apresentar náuseas e vômitos como efeitos secundários. Verificou-se também que não havia comunicado esta situação à equipa. Diante esta situação foi esclarecido sobre a importância de informar qualquer sintoma adverso associado a medicamentos para se proceder a ajuste do regime terapêutico, poder dar continuidade ao tratamento e consequentemente controlar a dor. Reforçado o contato telefónico da UD, para futuros contactos. Posteriormente foi encaminhada situação para o médico da UD para ajuste de terapêutica.

- Foi avaliada a dor irruptiva e identificadas as medidas que toma para o seu controlo. Pelas características descritas, a dor irruptiva foi classificada como espontânea por ser imprevisível, mas também como incidental (associado a um ato voluntário) pois surge quando está deitado com elevação dos membros inferiores, havendo por esse motivo agravamento da dor no período noturno. Relativamente à gestão da terapêutica de resgate não estava ser realizada adequadamente. Nos períodos de agravamento da dor, recorria ao medicamento gabapentina como medicamento de SOS e não à terapêutica de resgate prescrita.

Foi realizado ensino sobre a gestão da sua terapêutica de resgate através da identificação de fatores de agravamento, no seu caso particular o período noturno, desenvolvendo antecipadamente atitudes para o controlo da dor tomando a terapêutica de resgate prescrita. Foi proposto ao Sr. D. a administração da terapêutica de resgate por exemplo ao deitar, ao qual concordou.

- Foi avaliada em sessões posteriores a eficácia da terapêutica de resgate administrada da forma acordada, que resultou num maior controlo da sua dor irruptiva, conduzindo a uma reflexão conjunta sobre os ganhos em relação ao controlo da dor e qualidade de vida.

Este processo resultou de uma ação conjunta na qual se identificou as necessidades e as potencialidades da pessoa idosa, priorizou a informação, o esclarecimento, a reflexão e a negociação entre enfermeira e a pessoa idosa. Estes elementos são essenciais, contribuindo para a capacitação da pessoa idosa para o cuidado de Si (Gomes, 2013).

COMPROMETER-SE

A quarta fase do Modelo de Parceria **Comprometer-se**, implica a concretização dos objetivos definidos, através de esforços conjuntos e ações que visam a transição de uma capacidade potencial para uma capacidade real, e contribuir para que a pessoa idosa possa assumir ou assegurar o controlo do seu projeto de vida e saúde (Gomes, 2013).

O Plano de Cuidados é a estratégia utilizada para a organização do cuidado, onde são identificados os problemas, resultados esperados, intervenções de

enfermagem e os compromissos assumidos pelo Sr. D. e a enfermeira, tendo em conta a promoção da autonomia e independência da pessoa idosa. O foco da intervenção de enfermagem é a promoção do cuidado de Si, ou assegurar o cuidado do Outro quando é necessário a intervenção do cuidador familiar (Gomes, 2013).

Problemas Identificados	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem	Compromissos estabelecidos em parceria
Dor nos membros inferiores, relacionada com polineuropatia diabética	- Que o Sr. D apresente dor controlada	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a dor em todas as consultas de enfermagem - Validar o regime terapêutico - Reforçar a importância do cumprimento do regime terapêutico - Realizar de tratamentos de EMAF - Incentivar a realização de atividade física, sugerir caminhadas - Incentivar a vigilância e o adequado controle da glicemia capilar - Reforçar positivamente os progressos do Sr. D. - Identificar e encaminhar/ informar o médico para um adequado controle da dor, se necessário 	<ul style="list-style-type: none"> - O Sr D. identificar as situações de dor não controlada e auto-avaliar a dor - Cumprir o regime medicamentoso de base - Assiduidade aos tratamentos de EMAF - Realizar períodos de marcha - Gerir a sua glicemia capilar e respetiva terapêutica, de acordo com indicação médica - Triagem e assegurar uma transmissão ao médico de problemas que exigem a intervenção médica (por ex. alteração terapêutica), pela enfermeira

Problemas Identificados	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem	Compromissos estabelecidos em parceria
<p>- Dor irruptiva não controlaa</p>	<p>- Que o Sr. D. seja capaz de controlar a dor irruptia</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a dor em todas as consultas de enfermagem - Validar a terapêutica de resgate prescrita - Reforçar a importância do cumprimento da terapêutica analgésica - Esclarecer se recorre à terapêutica de resgate - Esclarecer se faz gestão adequada da terapêutica de resgate - Avaliar a eficácia da terapêutica de resgate - Realizar ensino sobre gestão da terapêutica de resgate - Identificar e encaminhar/ informar o médico para um adequado controlo da dor, se necessário 	<ul style="list-style-type: none"> - O Sr. D. saber identificar as situações de dor irruptiva e autoavaliar a dor - O Sr. D. saber gerir a terapêutica de resgate na dor irruptiva - Solicitar esclarecimentos à equipa unidade dor sempre que existirem dúvidas sobre a terapêutica de resgate - Triagem e assegurar uma transmissão ao médico de problemas que exigem a intervenção médica (por ex. alteração terapêutica), pela enfermeira

Problemas Identificados	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem	Compromissos estabelecidos em parceria
<ul style="list-style-type: none"> - Alteração do humor, relacionado com depressão ligeira (Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage) 	<ul style="list-style-type: none"> - Prevenir o isolamento social 	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar os recursos internos (familiares) e externos (comunidade) disponíveis -Facilitar a expressão de emoções e dificuldades sentidas - Elogiar os esforços na socialização - Promover a esperança na manutenção da sua autonomia e independência 	<ul style="list-style-type: none"> -Disponibilidade da enfermeira para a escuta ativa - Manter atividades de distração e de socialização
<ul style="list-style-type: none"> - Risco de não adesão terapêutica relacionada com efeitos secundários 	<ul style="list-style-type: none"> - Que o Sr D. tome a terapêutica de forma adequada - Que o Sr D. contate a UD em caso de dúvidas sobre a terapêutica, ou efeitos secundários da medicação 	<ul style="list-style-type: none"> - Vigiar e despistar sinais e sintomas de possíveis interações medicamentosas - Vigiar alterações provocadas por uma inadequada adesão terapêutica - Validar através de contactos pessoais ou telefónicos do Sr. M. o cumprimento da terapêutica - Identificar os motivos para o não cumprimento da terapêutica - Realizar ensino ao Sr. D. sobre regime terapêutico 	<ul style="list-style-type: none"> - Solicitar esclarecimentos à equipa unidade dor sempre que existirem dúvidas sobre a terapêutica - A enfermeira assegura a validação da terapêutica em todos os contatos

Problemas Identificados	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem	Compromissos estabelecidos em parceria
- Obstipação agravada pela medicação analgésica	- Que o Sr. D. apresente eliminação intestinal regular	<ul style="list-style-type: none"> - Explorar os hábitos de eliminação - Planejar horários de eliminação; - Ensinar sobre a importância de: <ul style="list-style-type: none"> • Eliminação regular; • Técnicas de relaxamento e privacidade; • Identificar fatores que podem influenciar/ modificar a eliminação (medicamentos); • Realizar exercício físico; • Alimentos que favorecem a eliminação/Dieta • Ingestão de líquidos • Laxantes de acordo com indicação médica 	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar a ingestão de líquidos - Melhorar a alimentação, preferindo legumes, verduras e fibras - Realizar períodos de marcha - Utilizar laxantes de acordo com indicação médica - Solicitar esclarecimentos à equipa unidade dor sempre que existirem dúvidas - Triagem e assegurar uma transmissão ao médico de problemas que exigem a intervenção médica (por ex. alteração terapêutica), pela enfermeira

ASSUMIR O CONTROLO DO CUIDADO DE SI PRÓPRIO OU ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO

A 5ª e última fase do Modelo de Parceria **Assumir o Controlo de Si / Assegurar o Cuidado do Outro** “...significa o doente consegue ter controlo sobre o seu projecto de vida e saúde, está informado, consegue decidir qual o melhor caminho para si, consegue gerir a sua situação, manifesta conforto e bem-estar (...) significa que a família adquire capacidade para ajudar a cuidar do doente.” (Gomes, 2013, p. 103).

No processo de parceria desenvolvido com o Sr. D. identificaram-se algumas necessidades, foram negociadas em conjunto estratégias tendo em conta as suas potencialidades e especificidades para se atingirem os objetivos, de forma a assumir o controlo do cuidado de Si na dor irruptiva. O Sr. D. conseguiu atingir alguns dos objetivos planeados e apresenta capacidade de decisão nessa matéria.

- Encontra-se informado sobre como controlar a dor basal, nomeadamente a autoavaliação da dor, uma vez que em todas as sessões de tratamento era realizada pela enfermeira o registo da avaliação da dor no momento e nos dias que se antecediam ao tratamento, ajudando-o a identificar fatores de agravamento e de alívio da dor; a importância de cumprir o regime terapêutico (medicação e sessões de EMAF) e vigilância e o adequado controle da glicémia capilar.

- Encontra-se informado sobre como controlar a dor irruptiva, reconhecendo a importância da terapêutica de resgate, como deve fazer a sua gestão e para avaliar a eficácia da terapêutica de resgate no alívio da dor. Foi incentivado a recorrer à terapêutica de resgate e foi solicitado *feedback* relativamente à sua eficácia e possíveis efeitos secundários.

- Compreende que deve contactar a UD se houver efeitos secundários com a medicação, sendo reforçado que poderá fazê-lo através de contacto telefónico ou presencialmente.

Reflexão

A elaboração deste segundo estudo de caso, agora em ambiente de unidade dor, tornou mais evidente aspetos importantes no cuidado de enfermagem em parceria com a pessoa idosa, nomeadamente com dor irruptiva.

Destes aspetos destaco a importância do tempo e do espaço. A combinação entre ter tempo e espaço para construir uma relação de qualidade em associação com as ações realizadas permite ir ao encontro da pessoa idosa (Gomes, 2009). Daí surge o reconhecimento da necessidade de redefinir os tempos e os espaços de contacto com as pessoas idosas para desenvolver uma relação de confiança que permita dar-nos a conhecer e para conhecer a pessoa idosa. Através da relação desenvolvida com o Sr. D. pude analisar que o tempo disponibilizado nessa relação não condicionou a minha capacidade de dar resposta a outras atividades e intervenções, mas houve apenas uma maior rentabilização do tempo para conhecer a sua história de vida e poder ir ao encontro do seu projeto de saúde e de doença.

Também o significado e relevância da especificidade da pessoa idosa foram tornando-se cada vez mais presentes ao longo do percurso académico, e reconheço que a realização deste projeto contribuiu em muito na transformação da minha intervenção como enfermeira especialista à pessoa idosa. A utilização de diversos instrumentos de avaliação multidimensional da pessoa idosa contribuiu para a tomada de decisão clínica fundamentada, possibilitando adequar as intervenções às suas necessidades e potencialidades.

Ao longo da construção do processo de parceria com o Sr. D. foi também possível aprofundar os elementos que constituem cada uma das fases e como estas se relacionam nas ações do quotidiano, assim como, compreender que este processo é dinâmico onde podem existir progressos e retrocessos, também pela especificidade da pessoa, e como pessoa idosa (Gomes, 2013).

Conhecer a pessoa idosa na sua multidimensionalidade, centrar o cuidado na sua individualidade e intervir em parceria de acordo com o seu projeto de vida e saúde, são princípios que irão estar presentes na minha conduta como enfermeira especialista, assim como, na minha prática de cuidados à pessoa idosa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agostinho, M. (2007). Ecomapa. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 23, 327-230. Disponível em https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=8&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwit9r6c_tbJAhVGTBQKHYS4sQFgg4MAc&url=http%3A%2F%2Feventos.fecam.org.br%2Fquivosbd%2Fpaginas%2F1%2F0_307825001366390062_ecomapa.pdf&usg=AFQjCNEytx3a6XI-e8yUWD-eJKGJ6t-qcA&bvm=bv.109910813,d.ZWU
- Costa, R. P. (2013). Representação gráfica de famílias com recurso ao Genopro®: (re) descobrir o genograma familiar no contexto da investigação qualitativa. *Indagatio Didactic*. 5 (2), 723-733. Disponível em https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjurPOg_tbJAhXGOxQKHbPuDZEQFgg4MAA&url=http%3A%2F%2Frevistas.ua.pt%2Findex.php%2FID%2Farticle%2FviewFile%2F2486%2F2354&usg=AFQjCNGu94ntmsonOSa8Hv6zhGIKbJPESa
- Gomes, I. D. (2009). *Cuidado de Si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio*. Lisboa: Instituto de Ciências de Saúde, Universidade Católica Portuguesa. Tese de doutoramento.
- Gomes, I.D. (2013). Promover o Cuidado de Si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio. 77-113. In Lopes, M. A. P (org.). *O Cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa: Da Investigação à Prática*. Loures: Lusociência.
- Henriques, A. (2011). Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade. Eficácia das intervenções de enfermagem. Tese de doutoramento em Enfermagem. Universidade de Lisboa.
- Moraes, E. N. (2008). Processo de envelhecimento e bases da avaliação multidimensional do idoso. In Borges, A. P. A. & Coimbra, A. M. C. (org.). *Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Educação à Distância. Disponível em <https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rj>

[a&uact=8&ved=0ahUKEwjCt_rd-9bJAhXKXRQKHQBnAp8QFggmMAI&url=http%3A%2F%2Fwww5.ensp.fiocruz.br%2Fbiblioteca%2Fdados%2Ftxt_215591311.pdf&usq=AFQjCNFMTPeNrgMrt20IHSmYFOEfGMfSkg](http://www.fiocruz.br/biblioteca/dados/text/215591311.pdf&usq=AFQjCNFMTPeNrgMrt20IHSmYFOEfGMfSkg)

Moraes, E. N., M. C. A. Marino & Santos, R.R. (2010). Principais síndromes geriátricas. *Revista Médica Minas Gerais*, 20 (1), 55-66.

Disponível em

https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiTzeTbIZPLAhVI6xQKHVb_CiMQFgggMAE&url=http%3A%2F%2Fwww.cetin.com.br%2Fartigos%2F5sindromes_geriatricas.pdf&usq=AFQjCNEezTbrJBNW2Eg08lvqN9BFLDGYzQ

Moraes, E. N. (2012). Atenção á saúde do Idoso: Aspectos Conceptuais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Disponível em

https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjzrsSA-9bJAhWGuhQKHhAYTD5YQFggjMAA&url=http%3A%2F%2Fapsredes.org%2Fsite2012%2Fwp-content%2Fuploads%2F2012%2F05%2FSaude-do-Idoso-WEB1.pdf&usq=AFQjCNEzhfpvhjl_nci6L3YH_9rBaE5FSA

Moraes, E. N. & Moraes, F. L. (2014). Avaliação Multidimensional do Idoso (4ª ed.).

Folium: Belo Horizonte. Disponível em

https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjCt_rd-9bJAhXKXRQKHQBnAp8QFggghMAE&url=http%3A%2F%2Fwww.folium.com.br%2Famostras%2Famostra_avaliacao_multidimensional_do_idoso_4ed.pdf&usq=AFQjCNGyZ95PXA3tUhrmcFHI4rVhs9sluA

Norma da DGS nº 043/2011 de 23 de Dezembro (2011), actualizada a 28 de Outubro (2014), Tratamento Farmacológico da Dor Neuropática no Adulto e Idoso. Direcção-Geral da Saúde. Acedido em 18-12-2014. Disponível em:

[file:///C:/Users/hacker%20free/Downloads/i020644%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/hacker%20free/Downloads/i020644%20(1).pdf)

DGS (2010). Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa nº 015/2010 de 14 de dezembro. Disponível em

<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0152010-de-14122010.aspx>

APÊNDICE XV- Relatório da sessão de formação
“A promoção do cuidado de Si à pessoa idosa com dor irruptiva:
Intervenção de enfermagem numa Unidade Dor”

Relatório da Sessão de Formação

Foi realizada a 21 de Dezembro de 2015 na sala multidisciplinar da Unidade Dor, a sessão de formação com o tema “ A promoção do cuidado de si à pessoa idosa com dor irruptiva: Intervenção de Enfermagem numa Unidade Dor” direcionada para a equipa de enfermagem, com a duração de 60 minutos.

Esta sessão teve como objetivos gerais:

- Sensibilizar a equipa de enfermagem para o desenvolvimento do projeto de Estágio;
- Refletir sobre estratégias de mudança nas práticas da equipa de enfermagem com a pessoa idosa com dor irruptiva.

Como objetivos específicos:

- Apresentar os resultados do diagnóstico de situação sobre os registos de enfermagem, questionário e narrativas reflexivas realizadas á equipa de enfermagem da Unidade Dor sobre dor irruptiva
- Refletir sobre os resultados apresentados, reconhecer em equipa as áreas potenciais de melhoria e definir estratégias para a melhoria da intervenção perante a pessoa idosa com dor irruptiva.

Esteve presente toda a equipa de enfermagem, 5 enfermeiras incluindo eu, entre as quais a enfermeira orientadora, especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Vertente Idoso).

Através da realização desta sessão de formação foi possível sensibilizar a equipa para o tema do projeto, destacando a sua pertinência fundamentada pelas alterações populacionais atuais e consequente envelhecimento demográfico, e também, fazer a sua contextualização dentro do serviço.

A aprovação foi imediata por parte da equipa, uma vez que todos os elementos validaram a importância do tema.

Num primeiro momento foram apresentados os dados referentes à análise dos registos de enfermagem, e constatou-se que existe uma lacuna entre o que se faz e o que se regista, assim como, incompleta e insuficiente recolha de informação importante para uma correta avaliação da dor na pessoa idosa. Este foi um momento crucial para a consciencialização da equipa da importância dos registos.

Foram identificadas algumas falhas eventualmente na atual folha de registo e foi sugerida por parte dos presentes a sua alteração, assim como, a criação de um documento acessório para relembrar questões essenciais a fazer ao doente em relação à sua dor.

Num segundo momento, foram apresentados os resultados dos questionários aos enfermeiros da Unidade Dor sobre os seus conhecimentos sobre a temática dor irruptiva, e também aqui foram identificadas pelas enfermeiras lacunas em relação a conceitos base, nomeadamente dor irruptiva, terapêutica de SOS e de resgate.

Foi ainda referido, a importância de verificar se existe o cumprimento do regime medicamentoso e como é feita a sua gestão para o controlo da dor.

Como reflexão final, concluiu-se que:

- a avaliação da dor e dor irruptiva não é realizada corretamente, provavelmente porque os conceitos não estão bem consolidados entre os elementos da equipa de enfermagem;

- o cumprimento do regime medicamentoso de base não é registado e os registos sobre terapêutica de resgate são insuficientes, donde se depreende que existe também conhecimento deficiente no que diz respeito aos conceitos de terapêutica de SOS e de resgate;

- não existem registos das intervenções de enfermagem, nomeadamente da educação ao doente sobre a gestão do regime terapêutico apesar de pela minha experiência constatar a importância conferida à validação do regime medicamentoso e terapêutica de resgate, assim como o ensino sobre gestão da terapêutica de base e de resgate.

Após reflexão e discussão conjunta emergiram 2 sugestões:

- **Alteração da folha de registos** com a introdução de algumas questões para colocar ao doente com dor não controlada quando contacta o serviço, de forma a obter informação que se considera importante na avaliação da dor irruptiva. Foram nomeados os seguintes parâmetros considerados importantes para avaliar a dor irruptiva:

- Localização,
- Descritores,
- Intensidade (com utilização de escala adequada ao doente),
- Fatores de alívio e de exacerbação,

- Padrão temporal (quando surgiu, o que desencadeou o seu aparecimento),

- Qual o regime terapêutico de base (saber se está a fazê-lo e qual é, e se não o faz perceber o motivo),

-Terapêutica de SOS e/ou resgate (saber se está a fazê-la e qual é, quantas vezes utiliza e a sua eficácia, ou se não o faz perceber o motivo).

- Reconhecimento do máximo interesse e pertinência **a realização de formação relacionada com os conceitos- chave:** dor irruptiva, terapêutica de resgate e SOS, para uma melhor intervenção junto da pessoa idosa com dor irruptiva. Foi acordado entre a equipa de enfermagem, que seria eu a planear e apresentar nova sessão de formação com o intuito de clarificar conceitos, **agendada para 15 de Janeiro de 2015, às 14:00**, com a duração prevista de 1 hora.

**APÊNDICE XVI- Sessão de Formação “Pessoa idosa com dor
irruptiva: Intervenção de enfermagem”**

Pessoa Idosa com Dor Irruptiva: Intervenção de Enfermagem

Professora: Idalina Gomes
Orientadora de estágio: Filomena Piza
Estudante: Mª Dulce Guerreiro

Domínios e competências de enfermagem na intervenção à pessoa idosa com dor irruptiva



Ajuda à pessoa idosa com dor irruptiva



Benner, P. (2001). *De iniciada a perito. Da excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quetzil Editores.

3

Enfermagem e a Pessoa Idosa com dor irruptiva

É essencial que as enfermeiras possuam os conhecimentos necessários para proceder ao diagnóstico da dor irruptiva da pessoa idosa, de forma a decidir em parceria com a pessoa idosa e/ou família as intervenções mais apropriadas para o seu controlo.

Ribeiro, A. L. A. (2013). *A pessoa com dor crónica - Um modelo de acompanhamento de enfermagem*. Tese de doutoramento não publicada. Universidade Católica Portuguesa, Porto.

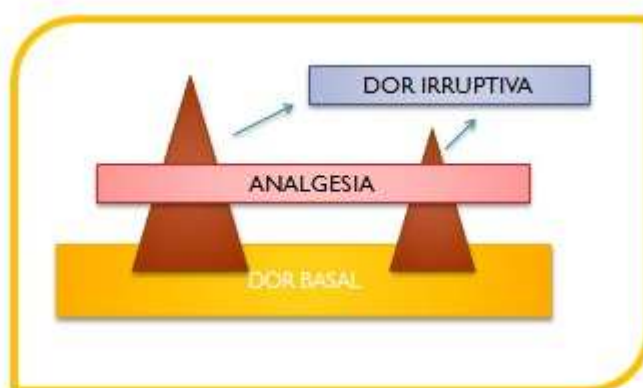
4

Conceitos

- ❖ **Dor Basal adequadamente controlada¹** Dor ligeira ou sem dor, durante um período maior ou igual a 12 horas / dia na semana anterior
- ❖ **Dor Irruptiva²** uma exacerbação transitória da dor que ocorre quer espontaneamente quer desencadeada por um fator específico (previsível ou imprevisível), apesar do relativamente estável e adequado controlo da dor basal

¹ Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa: Dor Irruptiva oncológica - Guidelines 2013 - Guia de bolso.
² Portenoy, R.K., Forbes, K., Lussier, D., Hanks, G. (2004). *Difficult pain problems: an integrated approach*. In Doyle, D., Hanks, G. G., Cherny, N., Gelman, K., ed. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 3rd ed. Oxford University Press, 435-480.

Representação da dor irruptiva



Fonte: Santos, J., Raposo, C., Oliveira, A. & Ribeiro A. L. (2015). Avaliação e tratamento da dor irruptiva oncológica. *Revista Onco-News*. Ano VIII, (28), 10-18.

Classificação da dor irruptiva^{1,2,3}



- 1 Bennett, D. et al (2005). Consensus Panel Recommendations for the Assessment and Management of Breakthrough Pain- Part 2 Management. *Pharmacy and Therapeutics Journal*, 30(6), 364-361.
2 Davies, A. (2009). *Cancer-related breakthrough pain*. Oxford: Oxford University Press.
3 Santos, J.; Raposo, C.; Oliveira, A. & Ribeiro A. L. (2015). Avaliação e tratamento da dor irruptiva oncológica. *Revista Onco-News*, Ano VIII, (28),10-18.

7

Características da dor irruptiva^{1,2,3}

- ❖ **Inesperada**
- ❖ **Frequente** (número de episódios de dor irruptiva varia entre 1 a 7 episódios por dia)
- ❖ Intensidade **moderada a severa** (pode atingir o seu pico em 3-15 minutos, às vezes em segundos)
- ❖ **Duração curta** (intensidade máxima após 3 minutos de seu início, durando em média 15-30 minutos, podendo durar até aos 60 minutos)

- 1 Bennett, D. et al (2005). Consensus Panel Recommendations for the Assessment and Management of Breakthrough Pain- Part 2 Management. *Pharmacy and Therapeutics Journal*, 30(6), 364-361.
2 Cicciocioppo, A.; Davies, A.; Poulain, P.; Cortés-Funes, H.; Panchel, S.J. & Faneli, G. (2013). Guidelines for the Management of Breakthrough Pain in Patients With Cancer. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 11(1), 829-836.
3 Santos, J.; Raposo, C.; Oliveira, A. & Ribeiro A. L. (2015). Avaliação e tratamento da dor irruptiva oncológica. *Revista Onco-News*, Ano VIII, (28),10-18.

8

Terapêutica de SOS vs Terapêutica de Resgate

❖ Terapêutica SOS

Medicação administrada de forma não calendarizada, mas sim de acordo com a necessidade do doente

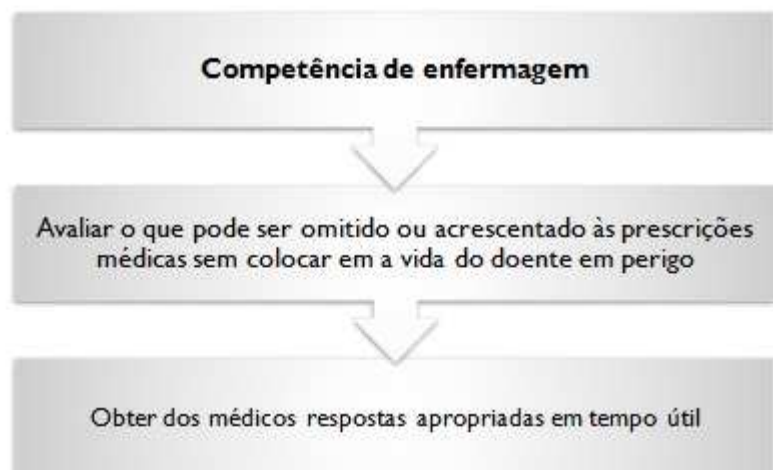
❖ Terapêutica de resgate

Medicamentos analgésicos administrados apenas quando necessário, em surtos de dor, além da medicação regular de base

in Glossário de Termos em Dor (2013).

10

Assegurar a qualidade dos cuidados à pessoa idosa com dor irruptiva



Benner, P., (2001). *De iniciado a perto. De excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quetzil Editora.

11



Obrigada

**APENDICE XVII – Folha de registo de Consulta Telefónica /
Presencial Reformulada**

DATA ____/____/____
Hora ____:____

Registo Consulta Telefónica (CT) ☐
Presencial (CP) ☐



Identificação do Doente

UNIDADE DE DOR

Contacto realizado por:

☐ Próprio ☐ Cônjuge ☐ Filho/a ☐ Outro

Enf.ª Que Atendeu: _____

Motivo:

☐ Receituário

☐ Terapêutica

☐ Marcação de Consulta (Motivo)

☐ Outros

☐ Dor controlada ☐ Dor não controlada

☐ Vem a

Avaliação Dor Basal

Dor basal Controlada Não ☐ Sim ☐

Regime Terapêutico de base

Cumprir regime terapêutico Sim ☐

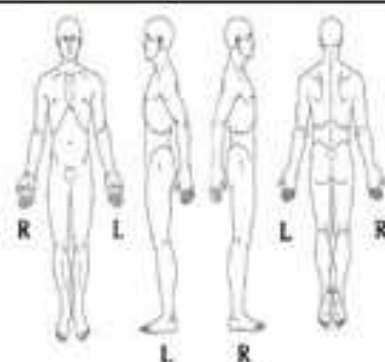
Não ☐ Motivo

Intensidade Escala de avaliação EN ☐ EQ ☐ EF ☐ EO ☐

Pico _____ Momento _____ Média _____

Descritores

Localização da dor



Fatores de Exacerbação

Fatores de Alívio

Sintomas associados à dor

Ensino Sobre:

☐ Regime Medicamentoso

☐ Incentivar a adesão ao Regime Medicamentoso

☐ Cuidados para Prevenção de Obstipação

Avaliação Dor Irruptiva

Início

Espontânea ☐

Incidental ☐

Volitiva ☐

Não Volitiva ☐

Procedimentos ☐

Frequência dos episódios:

☐ ≤ 4 episódios / dia

☐ > 4 episódios / dia

Duração da dor

Intensidade

Escala de avaliação EN ☐ EQ ☐ EF ☐ EO ☐

Pico _____ Momento _____ Média _____

Descritores

Fatores de Exacerbação

Fatores de Alívio

Terapêutica de resgateRecorre à terapêutica de resgate Sim ☐

Qual _____ Frequência (nº vezes /dia) _____

Não ☐ Motivo _____Gestão adequada da terapêutica de resgate Sim ☐Não ☐ Motivo _____

Eficácia da terapêutica de resgate

☐ Não é eficaz☐ Inferior ou = a 30 minutos☐ > a 30min. e ≤ a 1 hora☐ > a 1 hora e ≤ a 2 horas☐ Superior a 2 horas

Efeitos secundários à terapêutica de resgate _____

Observações _____

Ensino sobre: Gestão dos Analgésicos ☐**Resolução:**☐ Resolução Imediata ☐ Marcação de Consulta☐ Encaminhamento Médico Unidade Dor ➡ ☐ Receita ☐ Avaliação Médica☐ Encaminhamento p/ Médico Externo Unidade Dor ☐ Outros _____**Orientação Terapêutica:**

Data: ____ / ____ / ____ Hora: ____: ____ Por: _____

☐ Alteração Terapêutica (ver folha prescrição) ☐ Mantém Regime Terapêutico☐ Encaminhamento p/ Médico Externo Unidade Dor _____☐ Marcação de Consulta ____ / ____ / ____ às ____: ____ ☐ Hospital de Dia ____ / ____ / ____ às ____: ____☐ Outros _____**Resposta ao Doente:**

Data: ____ / ____ / ____ Hora: ____: ____ Por: _____

☐ Pessoalmente ☐ Telefonicamente ☐ Próprio ☐ Cônjuge ☐ Filho/a ☐ Outro _____☐ Alteração de Terapêutica ☐ Encaminhamento p/ Médico Externo Unidade Dor

Reforçar Ensino sobre:

☐ Gestão dos Analgésicos ☐ Cuidados para Prevenção de Obstipação☐ Incentivar a adesão ao Regime Medicamentoso

Outros _____

**APENDICE XVIII- Resultados e análise dos registos de enfermagem na
consulta telefónica / presencial (observação final)**

GRELHA DE OBSERVAÇÃO DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM

1ª Fase- Revelar-se “...o enfermeiro (...) mobiliza as suas competências de comunicação para se dar a conhecer e conhecer a outra pessoa” (Gomes,2013, pág.99)

INDICADOR	Registado	Não registado
Identidade da pessoa idosa		
Nome Completo da Pessoa	23	0
Sexo	23	0
Idade	23	0
Identidade da enfermeira		
Nome da enfermeira	23	0

2ª Fase- Envolver-se “... partilha informação com o doente. Mostra disponibilidade: senta-se, ouve-o, procura ir ao encontro da necessidade e do projeto de vida e saúde expresso deste, mudando o seu planeamento em função da prioridade, preocupação e necessidade da pessoa” (Gomes,2013, pág. 100)

INDICADOR	Registado	Não registado
Contexto de Vida da pessoa idosa: quem contacta a Unidade		
Próprio	13	0
Cônjuge	5	0
Filho/a	4	0
Outro	1	0
Enfermeira identifica o motivo do contacto		
Solicitação de Receituário	3	0
Solicitação de Terapêutica	6	0
Avaliação de dor	19	4
Dor controlada	10	0
Dor não controlada	9	0
Obstipação	0	0
Náuseas	0	0
Vómitos	0	0
Anorexia	0	0
Outros	6	0
Marcação de Consulta	1	0
A enfermeira avalia a dor da pessoa idosa		
Localização	6	3
Intensidade (utilização de escalas de auto ou hetero-avaliação)	3	6
Descritores	4	5
Temporalidade	0	9
Fatores exacerbação / alívio	6	3

INDICADOR	Registrado	Não registrado
A enfermeira procura conhecer o que a pessoa sabe sobre o seu regime medicamentoso		
Sabe a terapêutica de base prescrita	3	2
Faz terapêutica de base	3	2
A enfermeira procura conhecer o que o cuidador familiar sabe sobre o regime medicamentoso da pessoa idosa		
Sabe a terapêutica de base prescrita	2	2
Faz terapêutica de base	4	0
A enfermeira procura conhecer o que a pessoa idosa sabe sobre a terapêutica de resgate		
Sabe terapêutica de resgate prescrita	2	3
Faz terapêutica de resgate	2	3
Com que frequência faz a terapêutica de resgate	2	3
Eficácia da terapêutica de resgate	1	4
A enfermeira procura conhecer o que o cuidador familiar sabe sobre a terapêutica de resgate da pessoa idosa		
Sabe terapêutica de resgate prescrita	3	1
Faz terapêutica de resgate	3	1
Com que frequência faz a terapêutica de resgate	3	1
Eficácia da terapêutica de resgate	2	2

3ª Fase- Possibilitar / Capacitar “... o enfermeiro partilha a responsabilidade e o poder (...).escuta, pergunta, para em conjunto continuarem a identificar e validar a necessidade e as potencialidades da pessoa, valorizando os conhecimentos que a pessoa idosa detém da situação, atendendo às suas prioridades...” (Gomes, 2013, pág. 102)

INDICADOR	Registado	Não registado
A enfermeira promove o cuidado de Si na pessoa idosa		
A enfermeira partilha informação e conhecimento sobre o regime medicamentoso com a pessoa idosa	1	4
A enfermeira partilha informação e conhecimento sobre a terapêutica de resgate com a pessoa idosa	2	3
A enfermeira partilha conhecimento sobre possíveis efeitos secundários da terapêutica, vigilância e sua prevenção (náuseas, vômitos, sonolência, obstipação)	0	5
A enfermeira incentiva a adesão ao regime medicamentoso com a pessoa idosa	0	5
A enfermeira partilha informação e conhecimento sobre os cuidados na prevenção da obstipação com a pessoa idosa	0	5
A enfermeira promove o cuidado do Outro no familiar cuidador		
A enfermeira partilha informação e conhecimento sobre o regime medicamentoso com o cuidador familiar	1	3
A enfermeira partilha informação e conhecimento sobre a terapêutica de resgate com o cuidador familiar	1	3
A enfermeira partilha conhecimento sobre possíveis efeitos secundários da terapêutica, vigilância e sua prevenção (náuseas, vômitos, sonolência, obstipação) com o cuidador familiar	0	3
A enfermeira incentiva a adesão ao regime medicamentoso com o cuidador familiar	1	2
A enfermeira partilha informação e conhecimento sobre os cuidados na prevenção da obstipação com o cuidador familiar	0	3
A enfermeira articula-se com outros profissionais de saúde consoante as necessidades da pessoa idosa /cuidador familiar		
Resolução Imediata	2	-
Encaminhamento para marcação de consulta	0	-
Encaminhamento para Médica da Unidade Dor para receituário	1	-
Encaminhamento para Médica da Unidade Dor para avaliação médica	6	-
Encaminhamento para Médico Externo da Unidade Dor	0	-
Outros	2	-

4ª Fase- Comprometer-se “... desenvolvimento de esforços conjuntos no sentido de procurar atingir os objetivos definidos, para assumir ou assegurar o controlo ou progressão do projeto de vida e saúde da pessoa doente idosa...” (Gomes,2013, pág. 103)

INDICADOR	Registado	Não registado
A enfermeira promove o desenvolvimento de competências para agir e decidir/possibilitar o cuidado de Si		
A enfermeira ajuda a pessoa idosa a construir a capacidade de assumir ou assegurar o cuidado de si não controlo da dor crónica (iniciativa de recorrer à UD telefónica ou presencialmente)	5	0
A enfermeira valida com a pessoa idosa intervenções desenvolvidas na promoção do cuidado de Si na dor irruptiva	3	2
A enfermeira promove o desenvolvimento de competências para agir e decidir/possibilitar o cuidado do Outro		
A enfermeira ajuda o cuidador familiar a construir a capacidade de assumir ou assegurar o cuidado o Outro no controlo da dor crónica (iniciativa de recorrer à UD telefónica ou presencialmente)	4	0
A enfermeira valida com o cuidador familiar intervenções desenvolvidas na promoção do cuidado Do Outro na dor irruptiva	3	1

5ª Fase- Assegurar o cuidado de Si/ cuidado do Outro “... o doente consegue ter controlo sobre o seu projeto de vida e saúde (...)a família adquire capacidade para ajudar a cuidar do doente...” (Gomes, 2013, pág.103)

INDICADOR	Registado	Não registado
Assumir e assegurar o controlo do cuidado de Si		
A pessoa idosa sabe auto-avaliar a dor (escalas de auto-avaliação)	2	3
A pessoa idosa sabe gerir o seu regime medicamentoso (sabe a terapêutica de base prescrita)	3	2
A pessoa idosa sabe gerir a terapêutica de resgate nos episódios de dor irruptiva (sabe a terapêutica de resgate prescrita, faz terapêutica de resgate, com que frequência e a sua eficácia)	2	3
A pessoa idosa conhece os recursos disponíveis na unidade dor (consulta telefónica, presencial)	5	0

INDICADOR	Registado	Não registado
Assumir e assegurar o controlo do cuidado o Outro		
O cuidador familiar sabe avaliar a dor à pessoa idosa (escalas de auto ou heteroavaliação)	1	3
O cuidador familiar sabe gerir o regime medicamentoso da pessoa idosa (sabe a terapêutica de base prescrita)	3	1
O cuidador familiar sabe gerir a terapêutica de resgate da pessoa idosa nos episódios de dor irruptiva (sabe a terapêutica de resgate prescrita, faz terapêutica de resgate, com que frequência e a sua eficácia)	2	2
O cuidador familiar conhece os recursos disponíveis na unidade dor (consulta telefónica, presencial)	4	0

Análise dos registos

Após a implementação do projeto na UD, foi importante realizar a avaliação dos registos de enfermagem para compreender as mudanças que ocorreram na prática e também quais as competências desenvolvidas pela equipa, tendo em conta as fases de construção do Modelo de Parceria (Gomes, 2013).

No mês de janeiro de 2016, foi realizada por um período de 10 dias úteis, a colheita de dados de todos os registos de enfermagem das consultas realizadas, telefónica ou pessoalmente, por contacto do próprio doente ou do cuidador familiar à UD. Foram contabilizados 43 registos da folha de contato telefónico/ presencial. Como realizado na fase inicial, foram analisados apenas os registos identificados como pertencendo a pessoas idosas (65 ou mais anos), sendo 23 o seu total.

Da população alvo, ou seja, dos 23 contactos verifica-se que 11 correspondem a doentes do sexo masculino e os outros 12 a doentes do sexo feminino, sendo a média de idades de 74,9 anos.

A análise foi fundamentada na grelha construída anteriormente, sustentada no Modelo de Parceria (Gomes, 2013), o que possibilitou o estudo comparativo com os resultados obtidos na fase inicial do projeto. De seguida apresenta-se a análise desses resultados, tendo por base a grelha referida.

- 1ª Fase do Modelo - **Revelar-se**, caracterizada pelo “ (...) dar-se a conhecer da pessoa (do doente e do enfermeiro) como ser de projecto e de cuidados.” (Gomes, 2013, p.99), encontra-se refletida na folha de registos através de dados que possibilitam a identidade da pessoa idosa, como o seu nome, sexo e idade. Existe também um campo específico para a identificação da enfermeira que faz o atendimento à pessoa idosa ou cuidador familiar.

Os resultados obtidos nesta fase final, comparativamente à fase anterior, revelam que se mantém uma atenção particular para obter informação que permita conhecer a pessoa idosa, assim como da enfermeira, e estão **todos os registos completos** na fase final de implementação do projeto. Os dados ajudam na identificação da pessoa e também da enfermeira, surgindo aqui como elementos que compõem a 1ª fase do processo de Parceria, em que o enfermeiro dá-se a conhecer e esforça-se por conhecer a pessoa idosa, mostrando disponibilidade e respeito pela mesma.

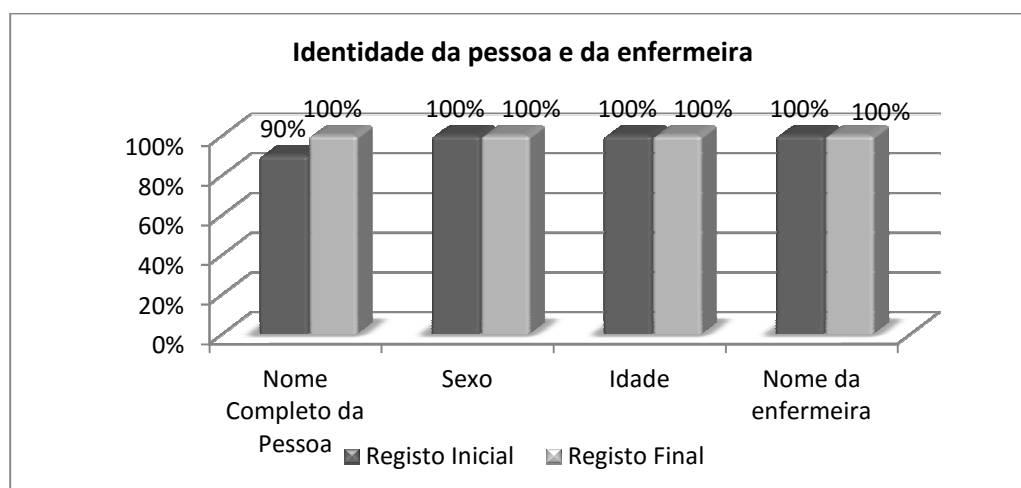


Gráfico 1 – Resultados comparativos relativos ao indicador “Identidade da Pessoa Idosa e da Enfermeira” - fase de avaliação

Outro dado importante e determinante para a intervenção com a pessoa idosa é o seu contexto de vida e quem faz o contacto com a UD. Através desta informação podemos direccionar a intervenção de enfermagem para contribuir para o assumir do cuidado de Si próprio na dor irruptiva ou ajudar a família a assegurar o cuidado do Outro.

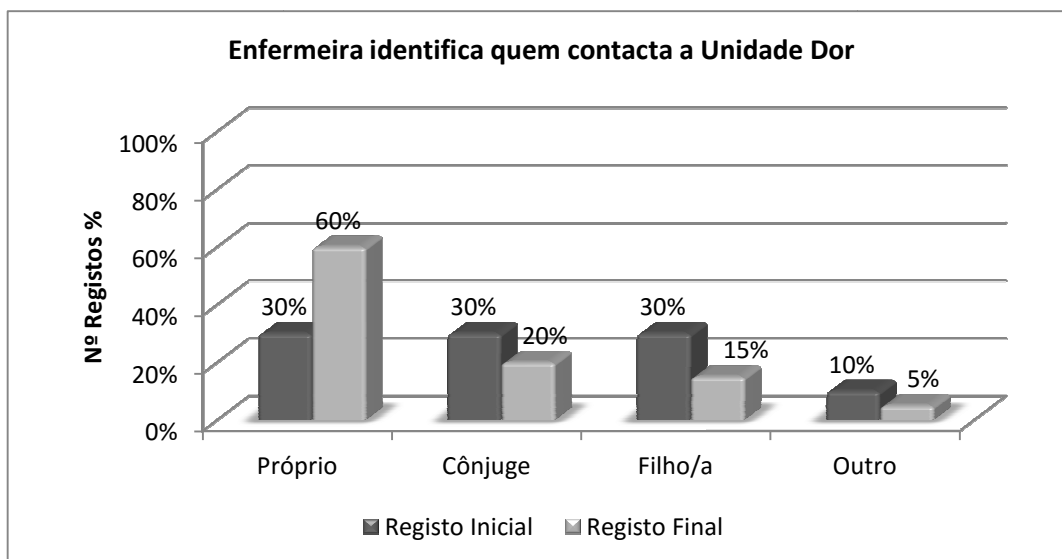


Gráfico 2 – Resultados comparativos relativos ao indicador “Contexto de Vida da Pessoa Idosa: Quem contacta a Unidade” - fase de avaliação

Verifica-se que de todos os contactos realizados, 60% são realizados pelos próprios, e os restantes por familiares com laços familiares próximos, cônjuges (20%), filho/a (15%), e uma enfermeira de cuidados de saúde primários (outros, 5%).

Estes dados surgem eventualmente como reflexo de uma política de envelhecimento ativo, em que as pessoas idosas mantêm a sua autonomia, e mesmo após a aposentadoria ou mesmo que apresentem alguma doença ou vivam com alguma necessidade especial podem continuar a contribuir ativamente para a sua qualidade de vida, dos seus familiares ou companheiros (OMS, 2005). Por outro lado, pode esta situação representar-se como uma consequência do envelhecimento populacional, que tem conduzido à modificação da estrutura familiar como principal cuidadora das pessoas idosas e também na capacidade de prestar apoio aos seus membros idosos. O número de filhos cada vez é menor e as demandas familiares são numerosas, limitando a disponibilidade dos filhos cuidarem de seus pais, daí que se possa atribuir este motivo para que a maioria dos contactos sejam as próprias pessoas idosas a fazê-lo.

- A 2ª Fase do Modelo – **Envolver-se**, é descrita como a fase em que o enfermeiro partilha informação com o doente; procura ir ao encontro ao seu projeto de vida e de saúde, ouvindo-o, fazendo o planeamento de acordo com a sua prioridade e necessidade da pessoa. Esta fase caracteriza-se pelo desenvolvimento de uma relação de confiança, que permita à pessoa idosa ir além do revelar-se, e

que o enfermeiro conheça o que tem de singular para mobilizar na ação e relação (Gomes, 2013).

Conhecer o motivo principal que levou a pessoa idosa/ cuidador familiar a contactar a Unidade torna-se deveras importante para que a enfermeira possa compreender e avaliar situação.

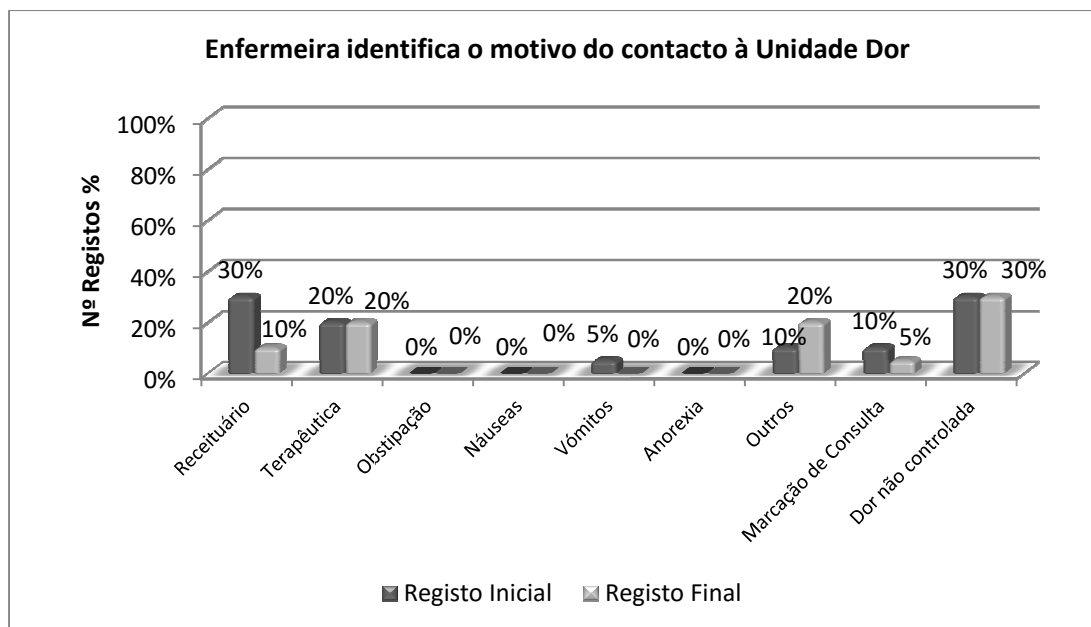


Gráfico 3 – Resultados comparativos relativos ao indicador “Enfermeira Identifica o Motivo do Contacto”- fase de avaliação

Neste indicador verificou-se que existe **o registo sistemático do motivo de contacto** à UD, sendo os principais motivos a solicitação de receituário (10%) ou de terapêutica (20%) para a manutenção do regime terapêutico no controlo de dor, assim como, a marcação de consulta de seguimento (5%).

Como outros motivos de contacto (20%) encontraram-se solicitações de alteração de data ou hora de consulta, solicitação de observação de relatório de exames, ou situações pertencentes a outras especialidades que não a Unidade Dor. Destaca-se a dor não controlada (30%) como principal motivo de contacto, o que nos leva a considerar que as pessoas idosas apresentam o conhecimento e iniciativa necessária para recorrer à UD e assim assumirem o cuidado de Si na dor crónica e dor irruptiva. Não constam dos registos situações de efeitos secundários da medicação, como sejam as náuseas, vômitos e obstipação (0%).

Todos os contactos efetuados à UD exigem que seja realizada a avaliação da dor da pessoa idosa. **Todos os registos apresentam avaliação de dor (100%).**

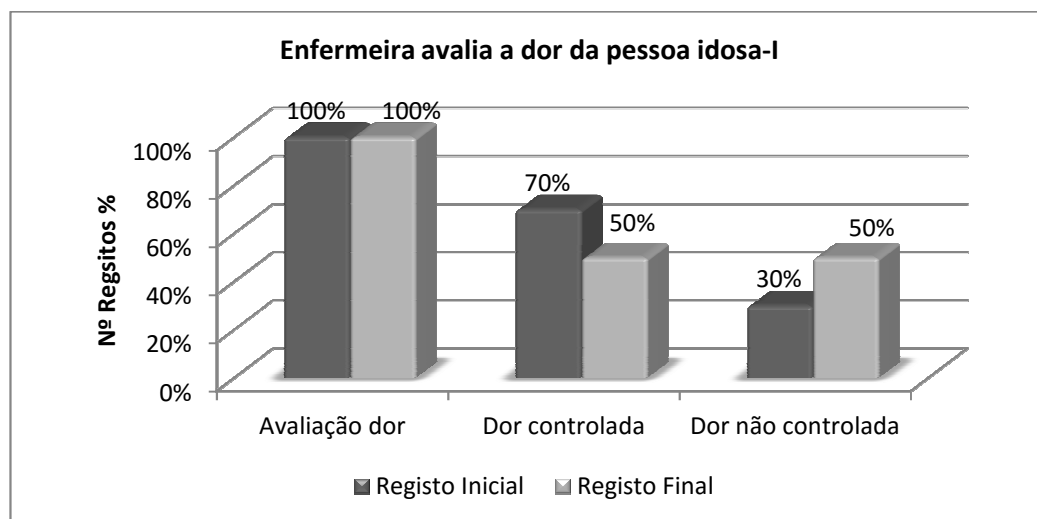


Gráfico 4 – Resultados comparativos relativos ao indicador “A enfermeira avalia a dor da pessoa idosa “ - fase de avaliação

Verifica-se que a equipa de enfermagem mantém uma prática de cuidados que demonstra a ação de questionar a pessoa idosa se tem dor, procurando sempre em primeiro lugar a autoavaliação, e também a monitorização e registo da dor.

Estes cuidados pretendem ir ao encontro das recomendações contidas na Orientação da DGS n.º 015/2010, de 14/12/2010, dirigida a todos os profissionais de saúde que tratam pessoas idosas com dor crónica.

Centro-me a partir deste momento, apenas nos contactos em que o motivo principal é dor não controlada (50%), como está identificado no gráfico nº 4.

Procurando conhecer a história de dor da pessoa idosa, a enfermeira deve fazer a avaliação da dor através da sua caracterização, tendo em conta a sua localização, descritores, intensidade, temporalidade, fatores de exacerbação e de alívio, e também a medicação base e de resgate.

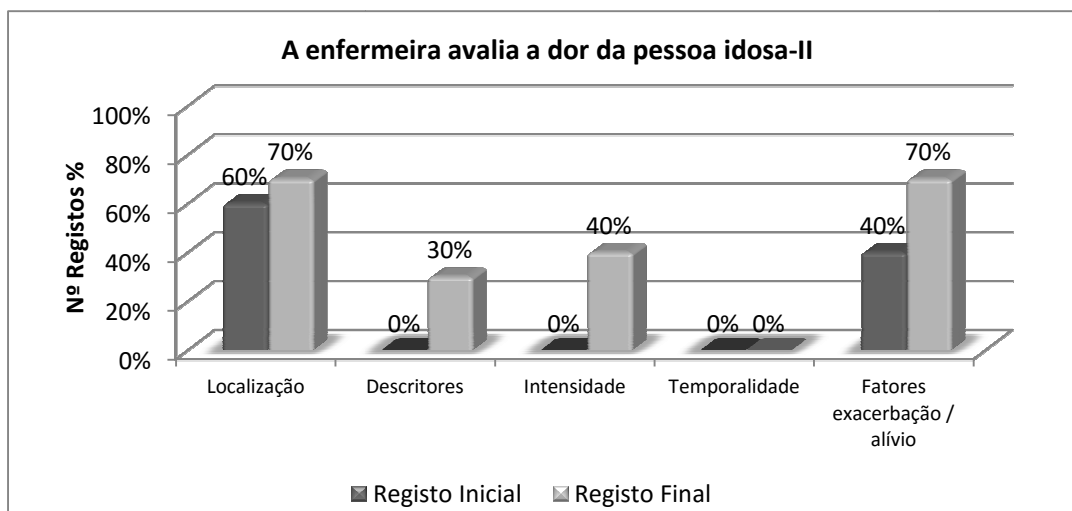


Gráfico 5 – Resultados comparativos relativos ao indicador “A enfermeira avalia a dor da pessoa idosa II”- fase de avaliação

Comparativamente aos resultados anteriores observa-se uma evolução significativa na informação registada pelas enfermeiras relativamente à caracterização da dor. Destacam-se duas características, os descritores (30%) e a intensidade da dor (40%), dados que não constavam dos registos na fase inicial (0%). Torna-se evidente que existem **mais parâmetros de avaliação da dor a serem registados** e mais assiduamente. Existem ainda alguns aspetos a melhorar, nomeadamente em relação á temporalidade da dor, que se apresenta como um parâmetro pouco evidenciado nos registos iniciais (0%), e se mantém nos resultados finais (0%).

Podemos ponderar a importância de planear formação contínua de forma a garantir a atualização dos nossos conhecimentos, habilidades, atitudes e crenças acerca da avaliação e controlo da dor, assim como, a realização de formação em contexto de trabalho com reflexão sobre as práticas de cuidados para incorporação de novas práticas, indo ao encontro daquilo que é recomendado no Guia Orientador da Boa Prática - Dor (OE, 2008).

Relativamente ao que a enfermeira procura conhecer sobre o que a pessoa sabe sobre o seu regime medicamentoso, inclui-se o conhecimento que a pessoa idosa ou familiar cuidador possui sobre a sua terapêutica de base, se a faz corretamente de modo a manter a dor controlada, e também em relação à terapêutica de resgate.

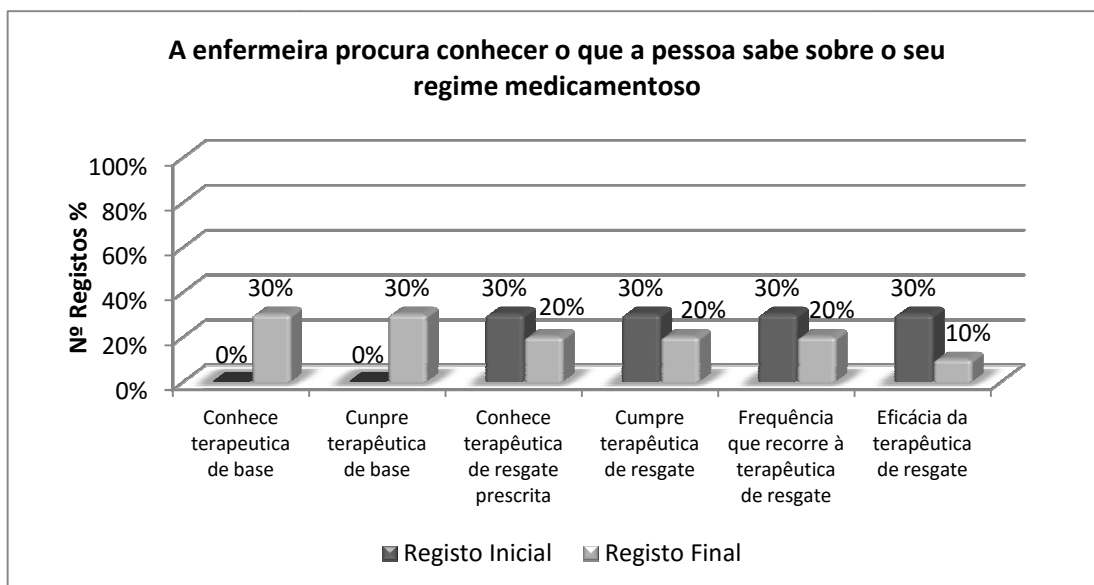


Gráfico 6 – Resultados comparativos relativos ao indicador “A enfermeira procura conhecer o que a pessoa sabe sobre o seu regime medicamentoso” - fase de avaliação

Na fase inicial deparámo-nos com a inexistência de registos relativamente à **terapêutica de base** por parte da **pessoa idosa** (0%), mas após a implementação do projeto e ao fazer a avaliação na fase final verificou-se uma **mudança de atitude em relação à informação registada**. Dos contactos realizados pela pessoa idosa, verificámos que foi procurado conhecer pela enfermeira conhecimentos sobre a terapêutica de base (30%). No entanto, estes dados relativamente à terapêutica de base e conhecimentos da pessoa idosa sobre a mesma revelam que a equipa pode ainda não estar suficientemente confiante e desperta sobre a importância da terapêutica de base no controlo da dor crónica, assim como, na autonomia e capacidade da pessoa idosa para assumir o cuidado de Si na dor irruptiva.

Quanto á **terapêutica de resgate** na fase inicial já existia uma atenção por parte da enfermeira em determinar os conhecimentos e atitudes da **pessoa idosa** perante a dor não controlada, procurando saber se havia conhecimento sobre a terapêutica de resgate. Na fase final, constatou-se que a enfermeira tenta identificar os conhecimentos sobre a terapêutica de resgate para depois mobilizar esses conhecimentos na ação (20%), no entanto, ainda **persiste dificuldade no registo de informações sobre a terapêutica de resgate**, nomeadamente a forma como a pessoa idosa faz a sua utilização, sua frequência de administração e eficácia para o controlo da dor irruptiva.

Quando avaliados os registos sobre os conhecimentos demonstrados pelo **cuidador familiar**, denota-se na fase final do projeto uma intervenção por parte da enfermeira um **registo consistente** procurando esclarecer os conhecimentos em relação à **terapêutica de base e de resgate**, especificamente a sua gestão e eficácia na dor irruptiva.

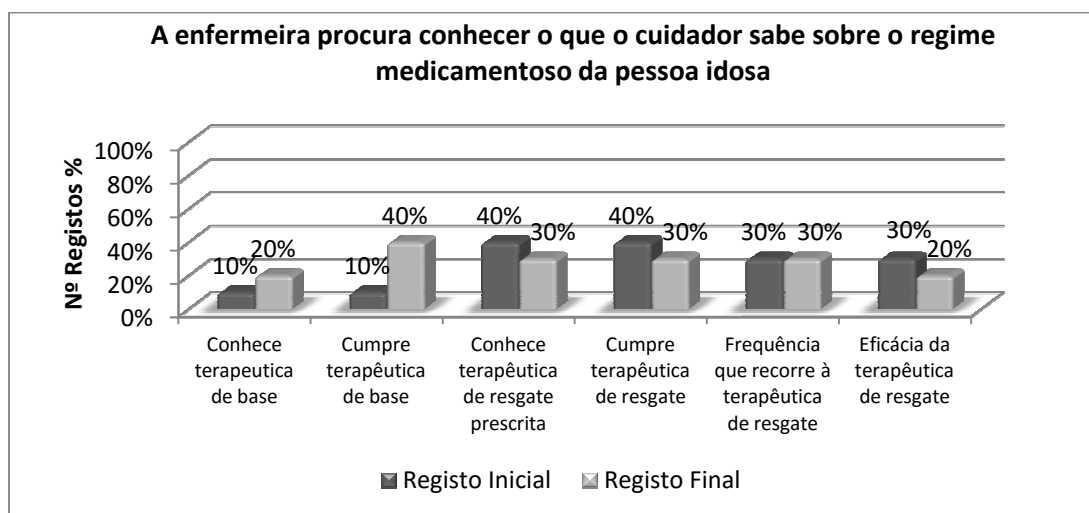


Gráfico 7 – Resultados comparativos relativos ao indicador “A enfermeira procura saber o que o cuidador familiar sabe sobre o regime medicamentoso da pessoa idosa”- fase de avaliação

Encontramos nos contactos realizados pelo **cuidador familiar** da pessoa idosa, registos que apresentam dados sobre **terapêutica de resgate** (30%).

Será que podemos atribuir esta dificuldade na obtenção de informação ao facto de esta comunicação ser realizada a sua grande maioria, por via telefónica? É reconhecido na literatura que este meio de comunicação é composto por alguns desafios, nomeadamente, pela distância, o excesso de informação, de pormenor, falas rápidas, o ruído, que podem aumentar a probabilidade de alteração da mensagem e, a capacidade de identificar o problema do doente/família com a máxima precisão possível (Martins & Lopes,2010). Por outro lado, a própria dor, a sua cronicidade e o sofrimento que esta causa também alteram a capacidade de raciocínio e de comportamento da pessoa idosa (Martins & Lopes, 2010).

Estando presente um maior ou menor número destes fatores, a capacidade de uma comunicação eficaz que permita a resolução dos problemas que motivaram a consulta telefónica, pode estar comprometida, revelando-se nos registos efetuados.

• A 3ª Fase do Modelo – **Capacitar/ Possibilitar**, traduz-se no desenvolvimento pelo enfermeiro, de um processo informado, reflexivo e negociado que permita o desenvolvimento de competências à pessoa idosa com dor irruptiva, no agir e decidir, e assegurar o controlo de si e do seu projeto de vida e de saúde (Gomes, 2013). Pode nesta fase o enfermeiro assumir a responsabilidade do cuidado que o Outro devia ter consigo próprio se tivesse capacidade de autonomia, ou ainda ajudar a capacitar a família para cuidar da pessoa idosa. (Gomes, 2013).

A enfermeira procura desenvolver um processo de partilha de informação e negociado com a pessoa idosa, incentivando-a à adesão do regime medicamentoso, à utilização e gestão da terapêutica de resgate, sobre possíveis efeitos secundários da terapêutica, como náuseas e vômitos, obstipação.

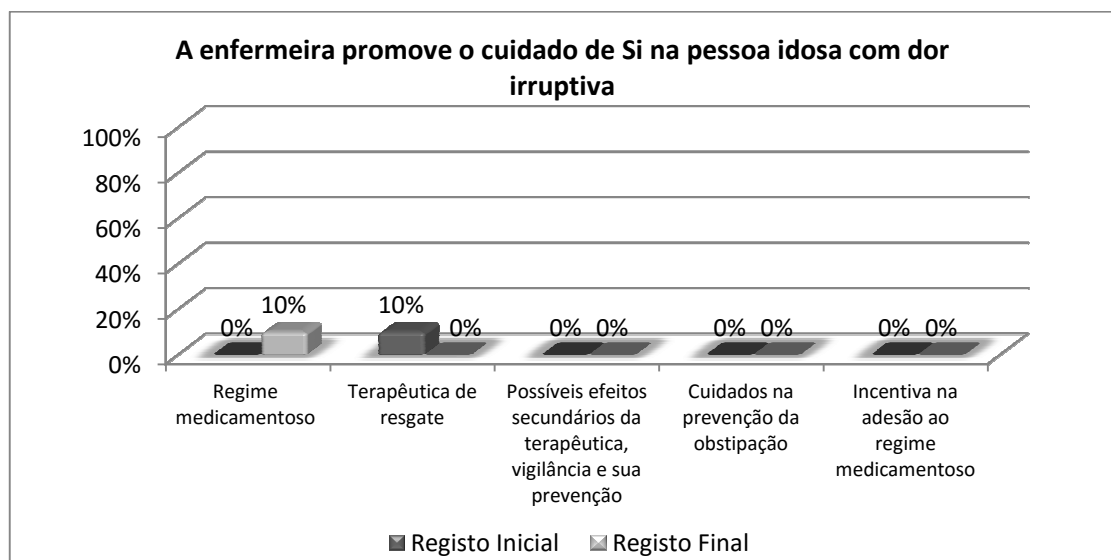


Gráfico 8 – Resultados comparativos relativos ao indicador “A enfermeira promove o cuidado de Si na pessoa idosa com dor irruptiva”- fase de avaliação

Da mesma forma, a enfermeira procura, numa ação conjunta com o cuidador familiar, desenvolve competências que permitam o assumir a responsabilidade do cuidado do Outro.

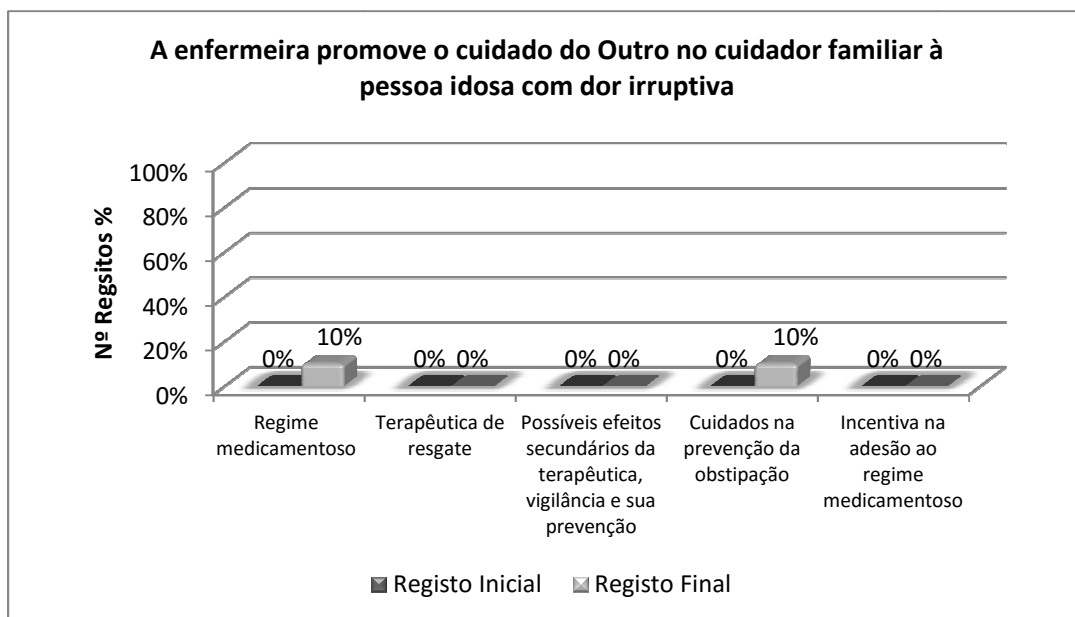


Gráfico 9 – Resultados comparativos relativos ao indicador “A enfermeira promove o cuidado do Outro no cuidador familiar à pessoa idosa com dor irruptiva”- fase de avaliação

É evidente que de uma maneira geral se mantém a problemática dos registos em relação às **intervenções de enfermagem na promoção do cuidado de Si e do cuidado do Outro**, pois **não existe diferenciação significativa nos registos** quando comparadas a fase inicial e a fase final do projeto. Através dos dados obtidos, poder-se-á considerar que o registo das intervenções de enfermagem não é valorizado como complemento do processo do doente? Ou pelo facto de ainda não ter havido tempo para a familiarização da nova folha de registos e por esse motivo não se refletir mudanças?

No entanto, é através dos registos que podemos avaliar, adequar ou adaptar as intervenções realizadas e os cuidados prestados, se pretendemos contribuir para a qualidade dos cuidados de enfermagem. A qualidade de vida da pessoa idosa depende, assim, dos registos de enfermagem que tantas vezes são esquecidos ou desvalorizados, e por isso temos que começar por melhorar a qualidade dos registos das intervenções realizadas.

Este será sem dúvida um assunto importante para refletir entre nós, enfermeiras, de forma a descobrir novas competências, novos conhecimentos, identificar obstáculos às boas práticas e também identificar áreas de excelência.

Ainda relativamente à 3ª fase do Modelo- **Capacitar/ Possibilitar**, o enfermeiro deverá ter capacidade de partilha de poder e responsabilidade, ajudar a transformar capacidades potenciais em reais para que a pessoa idosa possa vir a ter o controlo

do cuidado de Si, demonstrar e facilitar o acesso aos recursos (comunidade, outros profissionais) (Gomes,2013).

É visível através dos resultados obtidos, que **a enfermeira** após avaliação da situação **faz o registo do encaminhamento da situação** de acordo com a avaliação efetuada do motivo do contacto da pessoa idosa à Unidade Dor, facilitando o acesso a outros recursos, como sejam, outros profissionais.

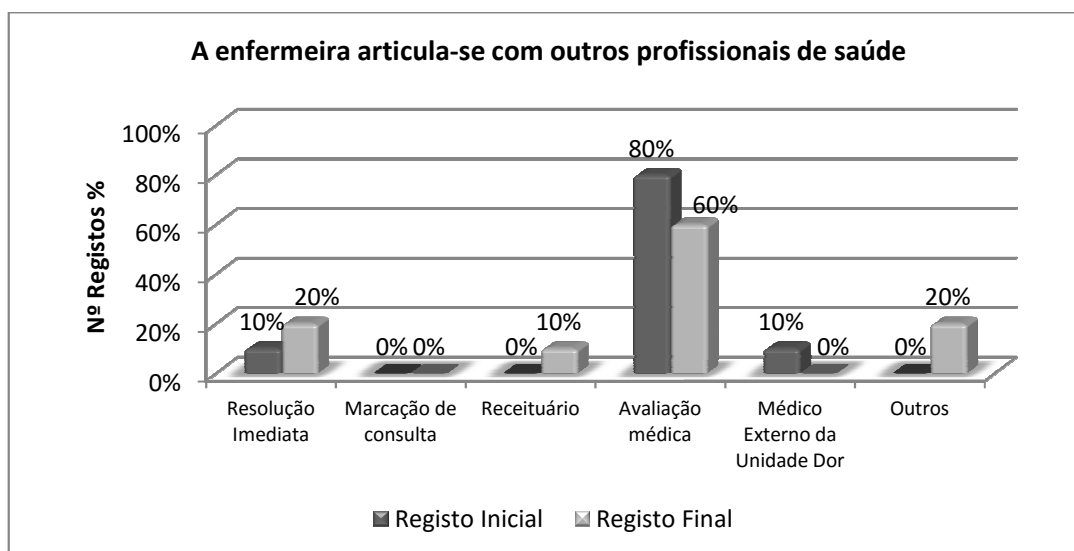


Gráfico 10 – Resultados comparativos relativos ao indicador “A enfermeira articula-se com outros profissionais de saúde consoante as necessidades da pessoa idosa/cuidador familiar” - fase de avaliação

- A 4ª fase do modelo - **Comprometer-se** implica a concretização de objetivos definidos, através de esforços conjuntos e ações que visam a transição de uma capacidade potencial para uma capacidade real, no sentido de assumir ou assegurar o controlo do projeto de vida e saúde da pessoa idosa (Gomes, 2013).

Através do contacto da pessoa idosa ou seu cuidador familiar com a UD pretende-se garantir a continuidade dos cuidados à pessoa idosa com dor crónica, pela iniciativa de contactar a Unidade Dor e através de intervenções de enfermagem que promovam o desenvolvimento de competências na pessoa idosa para assumir o cuidado de Si na dor irruptiva, como, ajudar no controlo da dor irruptiva, detetar precocemente efeitos secundários dos tratamentos e medicamentos, assim como, dar apoio emocional.

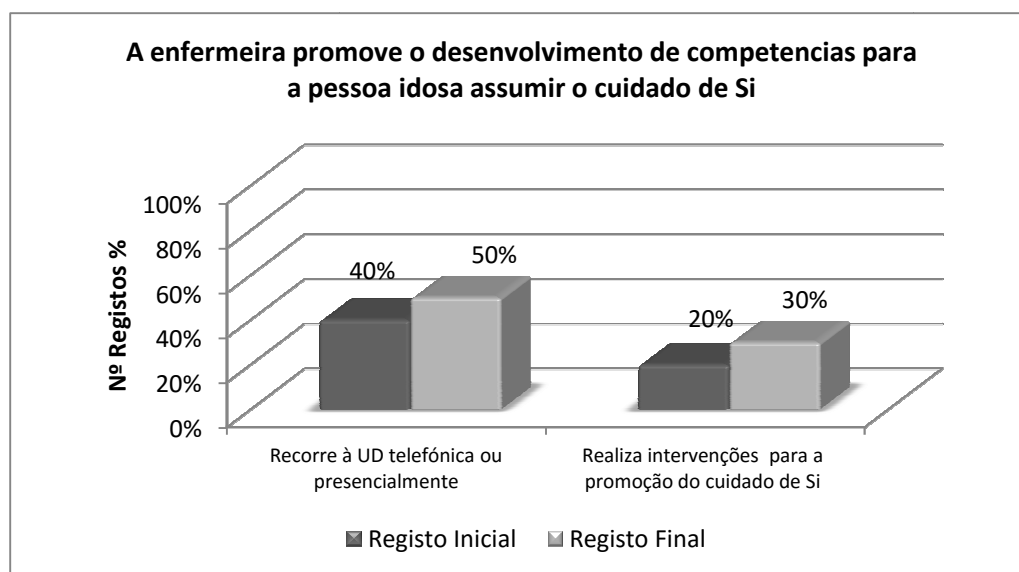


Gráfico 11 – Resultados comparativos relativos ao indicador “A enfermeira promove o desenvolvimento de competencias para a pessoa idosa assumir o cuidado de Si ”- fase de avaliação

No que se refere á **iniciativa de recorrer á Unidade Dor**, depreende-se que a **pessoa idosa tem conhecimentos** que lhe permitem **contactar com a Unidade Dor** e a forma de contactar (50%). Esta informação sobre o contacto telefónico é transmitida na 1ª consulta, facultada em documento escrito no seu guia terapêutico e reforçada sempre que necessário, o que demonstra ser uma estratégia bastante eficaz.

Quanto à validação de conhecimentos e **intervenções que permitam a pessoa assumir o cuidado de Si na dor irruptiva**, encontramos uma área que temos que melhorar. Assumindo que a intervenção de enfermagem pretende ajudar a desenvolver competencias na pessoa idosa para assumir o cuidado de Si na dor irruptiva, terá que existir uma prática de cuidados que reflita isso mesmo. Verificamos que na fase final ainda são **insuficientes os registos realizados** (30%). Poderemos assumir que não são realizadas intervenções para a promoção do cuidado de Si à pessoa idosa, ou que “apenas” não foram registadas? Voltamos à questão anterior quando falamos da importância dos registos e o que implicam na qualidade de vida do doente.

Verifica-se através dos seguintes indicadores e resultados obtidos que a situação é semelhante quando se trata do **familiar cuidador** da pessoa idosa. Os dados revelam que o cuidador familiar tem iniciativa de solicitar ajuda à Unidade Dor para melhor controlar a dor, assim como, **possui conhecimento sobre os meios pelo qual pode solicitar ajuda telefónica ou presencialmente** (40%). A

enfermeira por sua vez também **valida as intervenções realizadas** no controlo da dor irruptiva até ao momento do contato com a UD (30%).

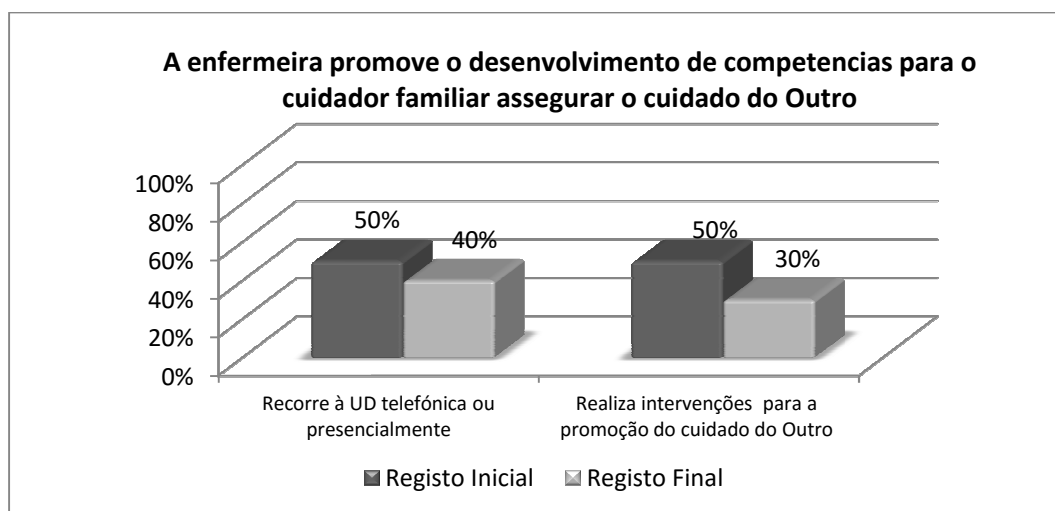


Gráfico 12 – Resultados comparativos relativos ao indicador “A enfermeira promove o desenvolvimento de competências para o cuidador familiar assegurar o cuidado do Outro” - fase de avaliação

•Relativamente à 5ª e última fase do Modelo - **Assumir o Controlo de Si / Assegurar o Cuidado do Outro**, apresenta algumas características particulares. O Assumir o Controlo de Si significa que a pessoa idosa consegue gerir a sua situação e consegue tomar decisões sobre o seu projeto de vida. O Assegurar o Cuidado do Outro significa que a família adquire a capacidade de ajudar a cuidar da pessoa idosa, ou o enfermeiro assume a responsabilidade do cuidado da pessoa que deveria ter consigo própria e promove a capacidade na família de cuidar da pessoa idosa (Gomes, 2013).

Pretende-se nesta última fase do processo de Parceria que a pessoa idosa possua conhecimentos que lhe permita assumir o controlo do cuidado de Si ou na situação do cuidador familiar para assumir ou assegurar o controlo do cuidado do Outro na dor irruptiva. Através dos resultados obtidos, destaca-se **melhoria a nível dos registos** realizados, assim como da validação de informação que permite avaliar se a pessoa idosa ou cuidador familiar tem as **capacidades e competências que permitam assumir o controlo de Si ou do Outro na dor irruptiva**.

Dos contactos realizados pela própria **pessoa idosa** foi possível constatar através dos seguintes indicadores que existe um **maior número de registos** na fase final comparativamente à fase inicial que permitem assumir que a pessoa tem **competências para assumir o cuidado de Si na dor irruptiva**. Aparecem dados

sobre os conhecimentos da pessoa idosa na autoavaliação da dor (20%), assim como sobre o conhecimento da terapêutica de base (30%). Existem igualmente registos que evidenciam a autonomia na gestão da terapêutica de resgate (20%), e sobre os meios para contactar com a UD (40%).

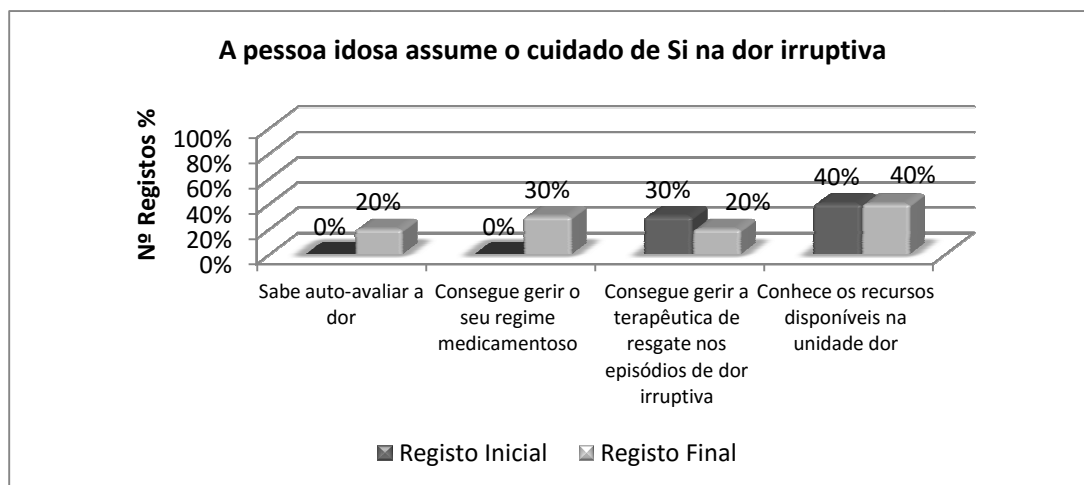


Gráfico 13 – Resultados comparativos relativos ao indicador “A pessoa idosa assume o cuidado de Si na dor irruptiva”- fase de avaliação

Em relação ao **cuidador familiar** verificou-se uma situação semelhante à descrita quando a pessoa idosa assume o cuidado de Si, ou seja, **encontraram-se registos sobre as competências para assegurar o cuidado do Outro na dor irruptiva**, nomeadamente, conhecimentos que o cuidador familiar possui sobre auto e heteroavaliação da dor da pessoa idosa (10%), sobre a terapêutica de base (30%) assim como, sobre a terapêutica de resgate (20%) e como podem contactar a Unidade Dor (50%).

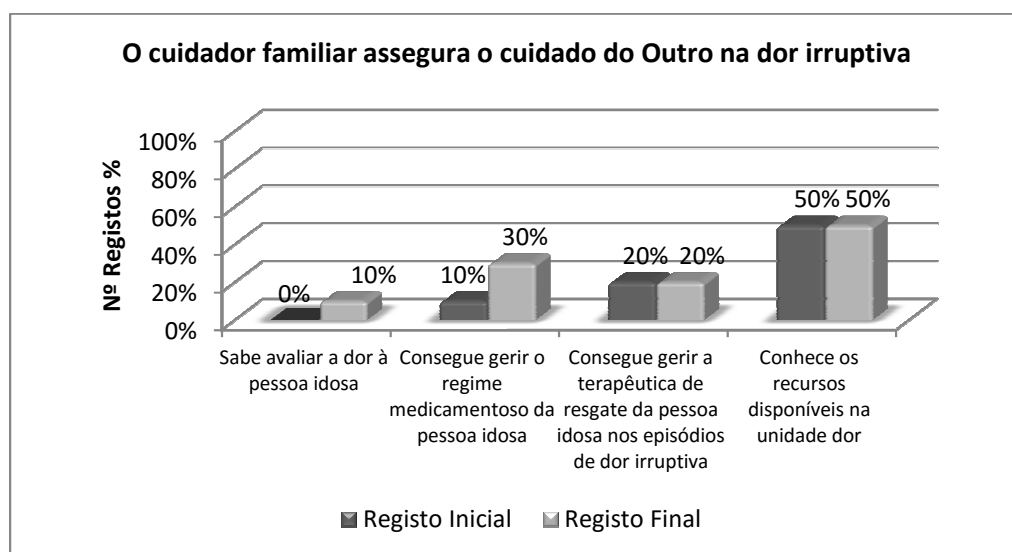


Gráfico 14 – Resultados comparativos relativos ao indicador “Assumir e assegurar o controlo do cuidado do Outro na dor irruptiva ”- fase de avaliação

Reflexão Final

Nesta fase de avaliação final dos registos de enfermagem e comparativamente com a realizada na fase de diagnóstico, foi possível identificar uma **tendência de mudança e evolução dos registos na folha de contacto de enfermagem**, relativamente aos indicadores das diferentes fases do modelo de parceria.

Na fase de diagnóstico foram detetados elementos na equipa de enfermagem que poderiam interpor-se no estabelecimento de uma relação de parceria com a pessoa idosa/ cuidador familiar para assumir o controlo do cuidado de si / cuidado do outro, na dor irruptiva, nomeadamente:

- desconhecimento e/ou desvalorização por parte das enfermeiras na avaliação e registo da dor irruptiva;
- registos insuficientes sobre a partilha de informação e conhecimento do enfermeiro com a pessoa idosa com dor irruptiva ou seu cuidador familiar;
- não se conseguia identificar competências de enfermagem nos registos;
- escassos registos sobre os conhecimentos que a pessoa idosa e seu cuidador familiar tinham para poder controlar o cuidado de Si e cuidado do Outro, com dor irruptiva.

Após análise final dos resultados, constata-se que existem melhorias no que diz respeito aos registos realizados, demonstrando uma nova atitude na equipa de enfermagem que decorreu da implementação de um trabalho académico. Aprendemos a valorizar as nossas competências e fundamentar as nossas ações, desenvolvendo uma relação de parceria com a pessoa idosa, centrada na sua singularidade e na promoção do cuidado de Si na dor irruptiva.

Destaca-se uma maior evolução nos registos na 1ª fase do processo de parceria, revelar-se (Gomes, 2013). A avaliação da dor passou a ser melhor caracterizada, o que denota maior atenção para conhecer a história de dor da pessoa idosa e a importância que tem na capacidade de avaliar a situação com o doente.

Em relação à 2ª fase, envolver-se, e através da análise realizada, as enfermeiras demonstraram pelos registos maior disponibilidade para reconhecer os conhecimentos que a pessoa idosa detinha sobre o seu regime medicamentoso,

procurando identificar o que há de mais singular para poder mobilizar esses dados na intervenção e relação (Gomes, 2013). Aqui também se identificam alterações nas informações solicitadas pelas enfermeiras sobre a terapêutica de base da terapêutica de resgate, após conhecimentos adquiridos em formação sobre a distinção de conceitos como dor irruptiva e terapêutica de resgate.

Não foi possível nesta 3ª fase, capacitar ou possibilitar, identificar melhoria significativa nos registos relativamente à partilha de informação entre enfermeira e pessoa idosa, que permita capacitar ou possibilitar a pessoa idosa a desenvolver competências para agir e decidir (Gomes, 2013). Poderá esta situação ser justificada pelo curto tempo projetado para a implementação do projeto, o que impossibilitou a observação de mudanças imediatas e expressivas nas práticas de cuidados, no entanto penso que se iniciou um novo caminho relativamente à importância da visibilidade da profissão de enfermagem, também através dos registos.

Quando são realizados esforços conjuntos, entre enfermeira e pessoa idosa para procurar atingir objetivos definidos e a enfermeira ajuda a suportar o compromisso que faz sentido para si, desenvolve-se a 4ª fase do processo de parceria, comprometer-se (Gomes, 2013). Também aqui encontramos uma área que temos que melhorar, através da validação dos conhecimentos e das intervenções realizadas pela pessoa idosa que permitam à pessoa assumir o cuidado de Si na dor irruptiva.

Relativamente à 5ª e última fase do Modelo, assumir o controlo de Si / assegurar o cuidado do Outro, encontramos um maior número de registos o que demonstra que as enfermeiras ao avaliar as ações efetuadas contribuem para a transição de uma capacidade potencial para uma capacidade real e a pessoa idosa consegue ter controlo do seu projeto de vida e de saúde ao assumir o cuidado de Si na dor irruptiva (Gomes, 2013).

Como avaliação global, penso que este progresso poder-se-á atribuir às sessões de formação realizadas, pela reflexão conjunta sobre modelos de intervenção em enfermagem, o modelo de parceria, a avaliação multidimensional da pessoa idosa, dor irruptiva e terapêutica de resgate. Contribuíram dessa forma para definir e estabelecer estratégias em conjunto que permitissem à pessoa idosa/cuidador familiar assumir o cuidado de Si ou assegurar o cuidado do Outro, tendo em conta o seu projeto de vida e de saúde.

Também a reformulação da folha de registo da consulta de enfermagem telefónica/ presencial tendo como fundamentação as fases do modelo de Parceria facilitou a recolha de informação sobre a pessoa idosa/ cuidador familiar, assim como, a compreensão da importância das intervenções de enfermagem no processo de promoção do cuidado de Si na dor irruptiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Benner, P. (2001). De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Coimbra: Quarteto Editora
- Gomes, I. D. (2013). Promover o cuidado de si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio. In Anjos, M. A. P. (org.). *O cuidado de enfermagem à pessoa idosa: da investigação à prática* (pp 77-113). Loures: Lusociência
- Martins, M. & Lopes, M. A. P. (2010). A Consulta Telefónica como Intervenção de Enfermagem ao Doente e Família com Dor Crónica, numa Unidade de Dor. *Pensar Enfermagem*. 10(1), 39-57.
- OE (2008). DOR- Guia Orientador de Boa Prática. Lisboa: Edição Ordem dos Enfermeiros. Disponível em http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CB8QFjAAahUKEwj5u4DFIPDGAhXjaNsKHW_IAvk&url=http%3A%2F%2Fwww.ordemenfermeiros.pt%2Fpublicacoes%2Fdocuments%2Fcaernosoe-dor.pdf&ei=RkuwVfmALePR7QbvkIvIDw&usq=AFQjCNEkR7i0Rek6cKvLTQif8TfDwKRgQA
- OMS (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. (S. Gontijo, Trad.). (1ª edição traduzida para o português). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. (Active ageing: a policy framework, 2002, World Health Organization). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf
- Orientação da DGS n.º 015/2010, de 14 de dezembro (2010), Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa. Disponível em: <http://www.dgs.pt/diretrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n0152010-de14122010.aspx>

APENDICE XIX – Análise de narrativas das enfermeiras (avaliação final)

Após a implementação do projeto considerou-se pertinente perceber de que forma as enfermeiras tinham integrado os novos conhecimentos transmitidos ao longo do desenvolvimento do projeto com a implementação do cuidado em parceria enquanto intervenção de enfermagem. Desta forma procedeu-se a realização de uma narrativa às enfermeiras, foi realizado a apenas 2 enfermeiras dado que uma se encontrava de atestado médico.

1- Que contributos reconheces na tua prática de cuidados à pessoa idosa com dor irruptiva resultantes do desenvolvimento deste projeto?

E1

Os contributos resultantes do desenvolvimento deste projeto foram: clarificação do conceito de dor irruptiva. A consulta telefónica fica com uma descrição mais pormenorizada para melhor compreender a dor irruptiva e recurso à terapêutica de resgate, contribuindo para a melhoria dos cuidados à pessoa idosa e família.

E2

Este projeto contribuiu para aprofundar mais os conhecimentos e colocação em prática sobre a dor irruptiva e o modo como questionamos a família / cliente em relação ao assunto (como diferenciamos da dor permanente ou constante).

2- Que dificuldades ainda sentes na avaliação da dor irruptiva à pessoa idosa com dor irruptiva?

E1

As dificuldades são sobretudo ao nível da comunicação e compreensão do feed-back dado pela pessoa e família.

E2

Com o desenvolvimento do diálogo e da observação do doente, penso que as dificuldades estão ultrapassadas, apesar de todos os casos de dor irruptiva serem diferentes. Cada pessoa explica à sua maneira, mas o significado e o resultado é sempre igual (dor espontânea tipo guinadas, em qualquer altura do dia ou hora). Exemplo: uma doente deu exemplo que “ a dor quando vem, chega de motorizada “(sic).

3- Que perspectivas de melhoria sugeres para a continuidade de melhoria de cuidados à pessoa idosa com dor irruptiva?

E1

Para a continuidade de melhoria de cuidados à pessoa idosa com dor irruptiva poderia fazer-se uma reavaliação telefónica das medidas farmacológicas implementadas, 3 a 4 dias após a avaliação da dor irruptiva.

E2

A enfermeira deve saber observar e ouvir o doente / família para contribuir para o controlo da dor irruptiva, no posicionamento, na gestão do regime terapêutico e outros.

Análise reflexiva das narrativas

Ao analisar o conjunto de experiências, foi possível perceber que embora cada vivência seja única, demonstraram semelhanças entre elas. Destaca-se do que foi apontado pelas enfermeiras como **contributo** do desenvolvimento do projeto o conhecimento do conceito de dor irruptiva, terapêutica de resgate e dor basal, assim como, a importância da correta avaliação da dor irruptiva de forma a poder promover na pessoa idosa o assumir do cuidado de Si.

Como **dificuldades** que ainda permanecem após a implementação do projeto as enfermeiras referiram ser a comunicação, a importância de saber ouvir e interpretar o que a pessoa nos quer transmitir sobre a sua dor, uma vez que cada um sente a dor de maneira diferente.

As **perspetivas** de melhoria dos cuidados à pessoa idosa com dor irruptiva estão relacionadas com um acompanhamento da pessoa idosa para que se possa contribuir para o cuidado de Si através da gestão correta da terapêutica de resgate, e a inclusão do familiar cuidador para assegurar o cuidado do Outro na dor irruptiva.

A análise das narrativas revelaram que a intervenção de enfermagem apresenta uma intenção de construção de uma relação de parceria com a pessoa idosa / cuidador familiar na promoção do cuidado de Si na dor irruptiva.